22300014208

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b20416817

IDROPE OVARICO

Presented to the Medical Society of London by the Author

MEDICAL SOCIETY OF LONDON 1773 FOUNDED

SULL' IDROPE OVARICO

SUA NATURA, DIAGNOSI, E CURA,

RISULTATO DI TRENT'ANNI D'ESPERIENZA

PER

I. BAKER BROWN

SOCIO DELLA REALE SOCIETÀ DE' CHIRURGHI (PER ESAME)
CHIRURGO ANZIANO DELLA CASA CHIRURGICA DI LONDRA PER LE MALATTIE DELLE DONNE
ULTIMO OSTETRICO E LETTORE DI OSTETRICIA SULLE MALATTIE DELLE DONNE
E FANCIULLI ALL'OSPITALE S. MARIA
ULTIMO VICE-PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ MEDICA DI LONDRA,
SOCIO DELLA SOCIETÀ MEDICA, E SOCIETÀ OSTETRICA DI LONDRA,
MEMBRO DELLA SOCIETÀ HARVEJANA,
SOCIO CORRISPONDENTE DELLA SOCIETÀ MEDICA DI BERLINO,
SOCIO ONORARIO DELL'ASSOCIAZIONE GENERALE DE' CHIRURGHI DELLA GERMANIA NORDICA,
MEMBRO DELL'ISTITUTO MEDICO E CHIRURGICO DEL BROOKLYN,
ECC. ECC.

TRADUZIONE SULLA 2.ª EDIZIONE INGLESE

CON NOTE E AGGIUNTE, ED UNA MEMORIA INTITOLATA

L' OVARIOTOMIA IN ITALIA FINO AL GIUGNO 1865

PER

DOMENICO PERUZZI

DOTTORE IN CHIRURGIA E MEDICINA, CHIRURGO PRIMARIO DI SINIGAGLIA,
SOCIO CORRISPONDENTE DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA,
DELLA SOCIETÀ MEDICO-FISICA DI FIRENZE,
MEMBRO DELL'ACCADEMIA DE' QUIRITI DI ROMA,
E CAVALIERE DEL R. ORDINE MAURIZIANO.

SINIGAGLIA
DALLA TIPOGRAFIA DI GIOVANNI PATTONICO
1865.

29836205

Il Traduttore si riserba il diritto sulla proprietà letteraria.

M19734

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No. WP320
1862
B87031

E5

CHIRURGHI E MEDICI ITALIANI!

Nei lustri a noi meno lontani l'**Italia** può ben vantarsi della *Compressione digitale negli Aneurismi* del Vanzetti, delle ingegnose *Risezioni intrabuccali* del Signoroni, delle *Risezioni sottoperiostee* del Larghi, del Parravicini, del Borelli, e d'altri, della *Sezione semplice del Mascellare inferiore* contro l'immobilità di quest'osso, e del *Processo operativo per togliere la Claudicazione*, del Rizzoli, degli *Studii sperimentali sulle Lussazioni del femore* del Fabbri, dei *Frangipietra* dello stesso Fabbri, e del Malagodi, che soddisfecero ad un *desideratum* della pratica pel frangimento delle pietre enormi nella Cistotomia col Metodo Misto, e di altri utili, sebbene meno importanti, trovati.

Però anche altre Nazioni hanno di che gloriarsi: così la *Litotripsia*, l'*Uretrotomia*, l'*Écraseur*, il *Drenaggio*, l'uso delle *Suture Metalliche* nelle operazioni, e specialmente nella fistola vescico-vaginale, le ardite e molteplici *Risezioni Articolari* degl' Inglesi, e per ultimo l'**Ovariotomia**, formano per noi altrettanti soggetti di studio, che non potremmo perciò trascurare senza venir meno agl'interessi reali della Scienza.

Ritengo pertanto fare atto di patria sollecitudine, se a comune vantaggio scientifico Vi offro qui la Traduzione di una delle opere fra le più reputate sull'**Idrope Ovarico** e sull'**Ovariotomia**, dettata da un' eminente Autorità dell' Inghilterra, ove questa operazione, se non ebbe culla, ebbe certo un largo sviluppo.

Avendo io poi avuta l'opportunità, in sui primi del corrente anno, di praticare l'**Ovariotomia**, ma in condizioni gravissime di caso, e di circostanze, però con esito infausto, ed essendo stata più tardi ripetuta l' operazione dal Prof. Giovanni Bezzi di Modena, così la narrazione di questi due Casi formerà soggetto principale di una *Memoria* per servire alla **Storia dell'Ovariotomia in Italia**, che farà seguito alle *Note* ed *Aggiunte*, onde sarà corredata la mia Traduzione. Possano gli sforzi nostri incoraggiarvi a tentare di nuovo questa operazione, e a diffonderla fra noi.

Vivete felici per la Scienza e per la Patria, ed onoratemi sempre coll'avermi a

Sinigaglia 30 Giugno 1865.

Vostro Collega Obbmo
D. Peruzzi.

AL SIG. CARLO LOCOCK BART.

Dottore in Medicina,

Primo Medico Ostetrico della Regina ecc. ecc.

Mio caro Signor Carlo

Nel 1847 io mi permisi dedicarvi la prima edizione del mio opuscolo sulla *Scarlattina*; nel 1854 la prima edizione della mia opera sulle *Malattie Chirurgiche delle Donne*; nel 1857 la seconda edizione del primo; nel 1861 la seconda edizione dell'ultima. Ora io mi permetto dedicarvi il presente lavoro, e nel far ciò, lasciate che io Vi ripeta il sentimento profondo, che provo per la Vostra a lungo continuata, ed invariata gentilezza, insieme al scientifico incoraggiamento in ogni difficoltà, che ho da Voi ricevuto per tanti anni. Permettetemi di sperare, che le seguenti pagine non saranno indegne della vostra approvazione; e che Voi sarete a lungo conservato all'onore della nostra professione, ed impiegherete i vostri grandi talenti per l'umanità sofferente, com'è il più vivo desiderio del

Mio caro Signor Carlo

Vostro gratiss. e fedele Amico
I. Baker Brown

MATERIE

Osservazioni preliminari . . . . . p. XIII

CAPITOLO I.

Patologia dell'Idrope Ovarico, od Idrope Cistico dell' Ovaja . . . . . p. 1.

Istoria passata della malattia, 1. Malattia Cistica d'Ovaja, 1. Sue varietà, 1. Malattia pseudo-cistica, 2. A. Cisti semplici, 2. Dimensioni, 2. Conseguenze del loro accrescimento, 2. Aderenze delle cisti, 3. Caratteri delle cisti semplici, 3. Atrofia dell'Ovaja malata, 4. B. Cisti Multiple, 4. Loro caratteri, 4. C. Cisti composte, 5. Sulle cisti multiloculari o prolifere, 5. Loro accrescimento endogeno, 5. Sviluppo di cisti secondarie e terziarie, 5. Coalescenza di cisti, 6. Processi peduncolati, o dentritici delle pareti, 6. Cisti composte più comuni delle semplici, 7. Esempj di grosse cisti, 7. Limiti d'accrescimento, 7. Origini delle cisti, 8. Alcune ipotesi, 8. Derivazione dalle vescichette di Graaf, 8. Origine delle cisti secondarie, 9. Membrane delle cisti, 9. Vasi delle cisti, 9. Variazioni nella grossezza delle pareti delle cisti, 10. Alterazioni della membrana interna, 10. Degenerazione calcare delle cisti, 10. Infiammazione delle cisti, 11. Aderenze, 12. Direzione d'accrescimento, 12. Le cisti più grosse superficiali, 12. Contenuto delle cisti, 13. Sue varietà, 13. Alterazione del contenuto dopo la puntura, 14. Composizione del contenuto, 15. Tavole analitiche, 15. Prognosi sfavorevole quando il contenuto è denso, 16. Possibile distruzione spontanea della cisti, 16. Caratteri microscopici del contenuto della cisti, 16. Accumulamento eccessivo del contenuto, 17. Immenso flusso tollerato, 17. Altri tumori solidi accessorii, 18. Malattia di ambedue le ovaje, 18. Cause dell'Idrope ovarico, 18. Età in cui si presenta, 18. Cause predisponenti ed eccitanti, 19. Ovarite come causa, 19.

CAPITOLO II.

Sintomi e corso dell'Idrope Ovarico p. 21

Sintomi e corso della malattia, 21. Progresso insidioso, 21. Dolore come sintomo, 21. Sintomi di cisti nella pelvi, 22. Suoi sintomi quando è nell'addome, 22. Funzioni sessuali nella malattia ovarica, 22. Disordine mestruale, 23. Simpatia delle mammelle, 23. Corso della malattia, 24. Data del progresso molto variabile, 24. Disturbo della salute generale, 25. Il Dott. Burns sul corso dell'idrope ovarico, 25. Varietà nella tolleranza della malattia nelle differenti donne, 26. Guarigione spontanea della malattia, 26. Rottura della cisti, 27. Direzioni in cui può lacerarsi, 28. Conseguenze della lacerazione, 28. Distruzione progressiva della cisti lacerata, 29. Esempj addotti, 29. Vuotamento delle cisti attraverso le trombe faloppiane, 30. Terminazione delle cisti per metamorfosi delle loro pareti, 31. Prospetti di Guarigione spontanea, 31.

CAPITOLO III.

Altre varietà di Tumori Ovarici . . p. 32

Cisti ovariche Idatiche, 32. Tumori ovarici Dermoidei, 32. Loro patologia, 32. Tumori ovarici Colloidi, 33. Degenerazione Alveolare, 33. Sua struttura e caratteri, 33. Sua rapida estensione, 34. Cisto-sarcoma, 35. Malattia cancerosa dell'ovaja, 35. Sue varietà, 36. Cancro d'ovaja infrequente, 36. Età in cui si presenta la malattia cancerosa, 36. Idrope della tromba faloppiana, 37. Sua origine e caratteri, 37. Quantità del fluido idropico, 38.

CAPITOLO IV.

Diagnosi dell'Idrope Ovarico . . . . p. 38

Condizioni suscettibili di essere confuse coll'idrope ovarico, 39. Segni generali, 39. Segni speciali e locali, 40.

Segni locali del primo stadio, 41. Rapporto coi visceri pelvici, 41. Esame locale, 41. Il Dott. Blundell sui segni diagnostici, 42. Diagnosi dall'ernia, 42. Segni della cisti quando è nell'addome, 43. Distensione ineguale dei due lati, 43. Spostamento dell'utero, 44. Rapporto colla vescica, 44. Percussione, 44. Palpamento, 45. Ricapitolazione, 45. Diagnosi al Microscopio, 46. Osservazioni del Dott. Hughes Bennet, 46; e del Dott. Nunn, 47. Aghi esploratori, 48. Uso e valore della sonda uterina nella diagnosi, 49. Diagnosi delle aderenze, 50. Malattia maligna delle ovaje, 51. Sua diagnosi, 51. Rimarche di Kiwisch, 52. Caso dettagliato dal Sig. Nunn, 52. Diagnosi della malattia maligna e pseudo-maligna, 53. Enumerazione delle malattie suscettibili di essere scambiate coll'idrope ovarico, 54. Sua diagnosi dalla retroversione dell'utero, 55. Dai tumori dell'utero, 55. Tumori solidi, 55. Tumori fibro-cistici, 56. Autopsia di un caso del Sig. Hewett, 56. Diagnosi dall'ascite, 58. Complicazione dell'idrope ovarico coll'ascite, 58. Diagnosi dalla gravidanza, 59. Gravidanza complicata con idrope ovarico, 60. Casi, 61. Diagnosi dai tumori cistici dell'addome, 62. Caso di tumore idatico, 63. Caso del Dott. Buckner di tumore cistico mesenterico, 63. Vescica orinaria distesa, 63. Accumulazione di aria negl'intestini, 64. Accumulazione di feci negl'intestini, 64. Ingrossamento di visceri addominali, 64. Ernia retto-vaginale, 64. Ascessi della pelvi e del psoas, 65. Ritenzione dei mestrui, 65. Idrometra, 66.

CAPITOLO V.

Cura dell'Idrope Ovarico . . . . . p. 67

Rimedi generali, 67. Loro inefficacia, 67. Esperienza del Dott. Watson, 68. Cura jodale, 68. Cura chirurgica, 69. Suoi diversi modi, 69. *Puntura*, 70. Modo proposto per la puntura, 70. Puntura per la vagina, 72. Suoi presunti vantaggi, 72. Guarigioni dopo la puntura, 73. Pericoli della puntura, 74. Statistiche sfavorevoli alle punture, 75. *Puntura con compressione*, 77. Modo d'usarne 77.

Casi ove applicabile, 78. Casi favorevoli, 78. Replica agli obbiettatori, 79. Casi sfavorevoli, 79. Esperienza del Dott. Tanner colla compressione, 81. Casi (sei) ad illustrazione, 82. Caso del Signor May, 88. *Injezione col Jodio*, 89. Suoi pericoli esagerati, 89. Casi dove indicato, 90. Modo di operare, 90. Rapido assorbimento dalla cisti, 91. Modo di procedere del Sig. Bonnet, 91. Esperienza di Kiwisch e Simpson, 92, 93. Casi riferiti, 94. Casi (due) ad illustrazione, 94. 95. *Incisione della cisti, e formazione d'un'apertura fistolosa*, 96. Suggerita da Le-Dran, 96. Analisi dei casi, 96. Racconto de' casi di Kiwisch, 98. Opinione del Sig. Bain-bridge, 98. Modo perfezionato di operare suggerito, 98. Casi (tre) ad illustrazione, 99, 102, 105. Merito dell'Operazione, 108. Altri modi d'operare, 109. Modo del Dott. Tilt, 110. Caso del Sig. Grant Wilson, 110. Formazione di un'apertura fistolosa per la vagina e pel retto, 111. Modo di Kiwisch, 112. Suo processo operativo, 112. Perfezionamento di Schnetter, 114. Valore del modo, 114. Metodo di Tavignot, 115. *Ovariotomia od Estirpazione*, 115. (A) *Escisione incompleta o parziale*, 115. Sua prima esecuzione, 115. Condizioni favorevoli a questo piano, 116. Modo di operare, 116. Opinioni del Sig. Grant Wilson sull'operazione, 117. Sue modificazioni, 117. Riferimento ai casi dell'Autore, 117. Caso del Sig. Crouch, 118. (B) *Escisione completa*, 119. Sua prima storia, 119. Riconoscimento dell'operazione come legittimata, 119. Critica sull'ammissibilità e valore dell'operazione, pel Dott. Fleetwood Churchill, 120. Circostanze condannanti il valore delle statistiche antiche, 120. Conclusioni del Sig. I. Clay, 124. Condizioni che rendono l'ovariotomia giustificabile, 125. Quando l'operazione è preferibile, 127. Vantaggio di operare presto, 128. Opinioni del Sig. Erichsen, 128. Preparazione all'atto operativo, 129. Modo di operare, 131. Presenza di aderenze, 132. Puntura e rimozione della cisti, 132. Applicazione del compasso (clamp) al peduncolo, 133. Suoi vantaggi, 133. Suture in argento, 133. Trattamento consecutivo, 134. Sulla lunghezza dell'incisione, 135. Rimozione delle due ovaje, 135. Ulteriori pericoli dell'ovariotomia, 136. Circostanze che distolgono dall'operazione, 137.

CAPITOLO VI.

Esposizione di quarantadue Casi di Ovariotomia . . . . . p. 139.

Caso I, 139. Caso II, 140. Caso III, 145. Caso IV, 148, Caso V, 151. Caso VI, 153. Caso VII, 156. Caso VIII, 161. Caso IX, 163. Caso X, 167. Caso XI, 168. Caso XII, 170. Caso XIII, 171. Caso XIV, 172. Caso XV, 174. Caso XVI, 176. Caso XVII, 177. Caso XVIII, 178. Caso XIX, 179. Caso XX, 180. Caso XXI, 181. Caso XXII, 183. Caso XXIII, 183. Caso XXIV, 184. Caso XXV, 186. Caso XXVI, 187. Caso XXVII, 188. Caso XXVIII, 190. Caso XXIX, 192. Caso XXX, 192. Caso XXXI, 193. Caso XXXII, 194. Caso XXXIII, 194. Caso XXXIV, 195. Caso XXXV, 196. Caso XXXVI, 197. Caso XXXVII, 197. Caso XXXVIII, 198. Caso XXXIX, 199. Caso XL, 200. Caso XLI, 201. Caso XLII, 203.

CAPITOLO VII.

Analisi dei Casi del precedente capitolo . . . . . p. 205.

Età delle pazienti, 205. Durata della malattia, 206. Stato di salute, 207. Operazione, e carattere del tumore, 208. Aderenze, 209. Anestesia, 210. Posizione del peduncolo, 211. Causa di morte, 211. Rimarche di conclusione, 211.

Appendice di Tavole . . . . . p. 215.

Note ed Aggiunte del Traduttore p. 237.

(1) Varie denominazioni dell'Idrope Ovarico, 237. (2) Non sempre una Cisti multiloculare sorge da un'Ovaja, 237. (3) Una Cisti Ovarica può innalzarsi fino alla milza, e aderirvi, 237. (4) Segno di aderenze, dello Scanzoni, 237. (5) Sulla diagnosi dei Tumori Ovarici di natura maligna, 237. (6) Tumori Fibrosi simulanti l'Idrope Ovarico, 238. (7) Incisione d'esplorazione, 239. (8) Gastrotomia d'esplo-

razione, ed estirpazione di fibroma peduncolato, avente origine dal corno destro dell'utero, 242. (9) Idrope Ovarico complicato ad Ascite, 243. (10) Gravidanza simulante l'Idrope Ovarico, e viceversa, 244. (11) Tumore Cistico simulante un Idrope Ovarico, 244. (12) Segno diagnostico differenziale fra l'Idrope Ovarico e l'Idrope Cistico del peritoneo, 245. (13) Tumore del sinistro Rene scambiato per un Tumore Ovarico, 245. (14) Linee semilunari dell'Addome, 247. (15) Obbiezioni del Churchill contro la puntura, 247. (16) Chi praticò pel primo in Francia l'Injezione Jodata per la cura della Cisti Ovarica? 247. (17) I primi veramente a praticare le Injezioni Jodate nelle Cisti Ovariche, 248. (18) Drenaggio applicato alla cura delle Cisti Ovariche, 248. (19) Incisione nella Cisti Ovarica, 248. (20) Formazione d'un Ovidutto artificiale, 249. (21) La prima Ovariotomia in Francia, 250. (22) La prima Ovariotomia in Germania nelle Indie, in Russia, in Australia, in Colombo, ed in Svizzera, 251. (23) Condizioni che rendono l'inferma suscettibile di essere sottoposta all'operazione dell'Ovariotomia, 251. (24) Incisione del peritoneo nell'Ovariotomia, 252. (25) Quattro differenti modi di assicurare il peduncolo d'una Cisti Ovarica, 252. (26) Estirpazione dell'Utero colle ovaje e le trombe, per fibroma del viscere, 254. (27) Chi deve eseguire l'Ovariotomia? 255. (28) Compressione ed obbliterazione della base, o peduncolo, dei Tumori Ovarici, come metodo di cura dei tumori stessi, 256. (29) Valore delle Statistiche nell'Ovariotomia, 157. (30) Successo in Ovariotomia, e merito dello sue Statistiche, 258. (31) Cenno Statistico delle operazioni di Ovariotomia praticate dal Sig. I. Baker Brown fino al 2 Giugno 1865, 259.

Memoria del Traduttore . . . . . p. 261.

L' Ovariotomia in Italia — fino al Giugno 1865. — Ossia *Storia di due Ovariotomie* praticate, la 1.ª per Cisti Ovarica Uniloculare dall'Autore della presente Memoria, la 2.ª per Cisti Ovarica Multiloculare dal Prof. Giovanni Bezzi di Modena — preceduta da *Notizie Istoriche* su questa operazione in Italia . . . . . p. 263.

THE MEDICAL SOCIETY OF LONDON
Established 1773
11 CHANDOS STREET CAVENDISH SQ. W.

OSSERVAZIONI PRELIMINARI

Fui tanto frequentemente richiesto dai Colleghi amici di affidare la mia lunga esperienza sul morbo ovarico ad un piccolo volume, che ho alla fine acconsentito di aderire ai loro desiderj; e questo faccio tanto più volontieri, dacchè il soggetto ha attirata in fine la più grande attenzione della Professione, ed il successo dell'Ovariotomia nelle mani di alcuni Chirurghi, che hanno solo recentemente volta la loro attenzione al soggetto è ritenuto condur loro, ed altri, a trascurare o disprezzare diversi altri modi di cura di più blando carattere, specialmente quello della puntura colla compressione, che io ho propugnata per circa vent'anni. Una prolungata esperienza mi convinse, che questo modo di cura è del più gran valore, e che si dovrebbe tentare nel maggior numero di casi di cisti uniche, prima di ricorrere all'estrema e pericolosa operazione dell'estirpazione.

La mia esperienza ora si estende ad oltre trent'anni e data dal periodo del mio assistentato all'Ospitale di Guy del 1830-31, quando io lessi uno scritto alla Società Fisica di quello Stabilimento, sull'*Estirpazione* delle *Cisti Ovariche*. Questo scritto era una traduzione (del Sig. Hilton) di un lavoro inviato a quella Società da Wilna, in Polonia. Da quel periodo fu mio costante sforzo d'immaginare mezzi coi quali questa malattia potesse essere distrutta, senza un'operazione pericolosa alla vita. Molti di questi espedienti sono stati, fino ad una certa estensione, fortunati; ma come vi sono casi ne' quali i più semplici mezzi sono i preferibili e valutabili, così vi sono altri, nei quali l'operazione dell'Ovariotomia è richiesta e giustificata.

Nell'Anno 1844, io pubblicai nella *Lancetta* il mio primo Scritto *Sopra una cura felice d'Idrope Ovarico, senza sezione addominale*. Nel discutere sui varj piani d'estirpazione del tumore, nell'introduzione di questo scritto

espressi l'opinione, che io non credeva, che alcuna di queste terribili operazioni fossero giustificate, fino a che quella, che io allora proponeva, o qualche simile piano di cura, fosse stato esperimentato. Si vedrà pertanto, che io giammai ho condannata l'estirpazione, parziale, o totale, ma ho solamente cercato di attirare l'attenzione ad altri piani meno azzardosi, prima di ricorrere a quell'estremo procedimento.

Nello stesso anno pubblicai ulteriori rimarche sul medesimo soggetto, in risposta alle obbiezioni, che furono portate contro le mie vedute.

Nell'anno 1848-49, scrissi una serie di quattro opuscoli, nei quali passai in rivista tutti i casi, felici ed infelici, che si erano presentati nella mia pratica; e come io credo, completamente confutai certe inesattezze immaginate per diminuire il valore de' miei casi, discreditando i fatti: tentativo tanto debole, quanto sleale, dacchè accadde, che uno o più fra miei colleghi, coi quali ebbi consulto sui casi, *erano stati testimonj* di *ogni fatto che ho pubblicato.* Tentativi non meno falsi e screditanti, erano parimenti usati, per spargere il dubbio sulla correttezza della mia diagnosi, ma che però egualmente abortirono.

I successivi due scritti (pubblicati nel 1850) erano *Sulla Diagnosi* dell'*Idrope Ovarico*; e nel Novembre dello stesso anno, pubblicai uno scritto *Sulla cura dell'Idrope Ovarico, mediante la formazione di un Ovidutto Artificiale*; nel 1852, alcuni scritti *Sulla cura dell'Idrope Ovarico mediante l'escisione di una porzione di cisti;* e nel 1862, uno scritto alla Società Ostetrica di Londra, *sull'Ovariotomia*, modo di eseguirla, e risultati ottenuti nella *Casa Chirurgica di Londra.*

Si vedrà nelle seguenti pagine, che io ho cercato d'istituire un esame imparziale del valore comparativo di questi metodi di cura, e delle condizioni di malattia, in cui ciascuno, o nessuno di questi, può essere specialmente applicabile. Quindi aggiunsi un pratico calcolo su casi dell'operazione di estirpazione di tutto il tumore; ed ho cercato di mostrare in quali casi, e sotto quali circostanze questa formidabile operazione è giustificata.

Il presente lavoro parimenti racchiude tuttochè è esposto nell'ultimo Capitolo della mia opera *Sulle malattie Chirurgiche delle Donne*, con tali aggiunte e cambiamenti, che una protratta esperienza ha resi necessarj, il qual lavoro, credo, si troverà contenere tuttochè si conosce sul soggetto, e così costituirà un trattato pratico per guida de' miei Colleghi di professione.

L'esposizione de' miei casi d'Ovariotomia in una forma tabulare, per la facilità e prontezza di ricorrervi, sarà utile al lettore.

CHANDOS ST. CAV. MEDICAL SOCIETY OF LONDON W.C. Established 1773

IDROPE OVARICO

CAPITOLO I.

Patologia dell'Idrope Ovarico, o Idrope cistico d'ovaja. (1)

Questa forma d'idrope è stata da lungo tempo riconosciuta, e s'è attirato, specialmente negli ultimi anni, l'attento studio di molti medici eminenti. Altra volta invero era stata creduta malattia incurabile, e l'opinione generale era contraria ad un trattamento operativo, ed in favore di misure palliative per rimediare ai sintomi concomitanti: ma al giorno d'oggi il maggior numero de' Chirurghi la riguarda come legittimamente di spettanza dell'arte loro, e quindi il suo trattamento costituisce ora un importante articolo di Chirurgia pratica.

Il morbo ovarico, di cui è mio principale scopo di occuparmi, consiste nello sviluppo ed aumento progressivo dall'ovaja di una o più cisti, aventi comunemente la facoltà di riprodurne delle eguali mediante un endogeno accrescimento, e di separare una quantità di fluido, spesso senza limite, dalla membrana che tapezza il loro interno. Alcune volte non v'è che una sola cisti in un'ovaja, senza cisti secondarie che le appartengano: questa è chiamata una cisti *semplice*, *uniloculare*, o *sterile*. Quando si presentino più cisti abbiamo una malattia *multiloculare*; ma questa può essere di due specie, secondo che le coesistenti e contigue cisti ebbero origine, o come tante separate morbose vegetazioni nella stessa ovaja, o secondo che esse sono produzioni secondarie da una cisti primitiva. La prima varietà è conosciuta, come cisti *multiple*, la seconda come cisti *prolifere* o *composte*.

Le cisti *semplici*, *multiple*, o *prolifere*, ora definite, costituiscono nella gran maggioranza de' casi la malattia conosciuta per idrope ovarico, contro il quale l'intervento operativo è principalmente richiesto; ma vi sono delle altre morbose condizioni dell'ovaja, producenti un ovarico ingrossamento, e spesso accompagnate da maggiore o minore effusione cistica, però sono meno il soggetto di tentativi di cura, che quelle precedenti varietà. Tali sono i tumori *idatici* dell'ovaja, i tumori *dermoidei*, contenenti capelli, denti, ed altre sostanze, ed il morbo *colloide*. Ed oltre a questi tumori ovarici, evvi una varietà d'idrope prodotta dall'occlusione delle trombe faloppiane, e susseguente effusione, che molto da vicino rassomiglia all'idrope ovarico, e può a ragione richiedere di essere studiata in un'esposizione di questa condizione patologica. (2)

Ma prima di trattare dei diversi stati morbosi per ultimo mentovati, mi proverò ad un breve riassunto della patologia delle vere cisti ovariche, e primieramente delle

A. Cisti Semplici. — Una cisti semplice dell'ovaja è, come lo indica il suo nome, un sacco unico, od uniloculare, che può essere così piccolo, da essere racchiuso nella sostanza dell'ovaja, ed allora può solo presentarsi all'esame necroscopico, od altrimenti variare in grossezza dal volume ora detto, a quello di un tumore grosso quanto la testa di un adulto. Egli è raro tuttavia, che una vera cisti semplice acquisti così grande dimensione, mentre le cisti composte generalmente la sorpassano. Ed in molti casi noi possiamo presumere, che quelle cisti composte siano originate come semplici sacchi, ed abbiano acquistato il loro carattere multiloculare mediante endogeno accrescimento. Noi non siamo in grado di conoscere una semplice cisti ovarica fino a tanto, che non abbia acquistato caratteri tali, che la rendano percettibile come un tumore pelvico, ed allora, molto probabilmente, un ingrandimento endogeno è cominciato in essa, ed il suo carattere uniloculare è distrutto. Oltre a ciò, quando la cisti ha raggiunto un volume considerevole, l'ovaja stessa si presenta solo come una piccola appendice alla sua parte

inferiore, ed allora può, o non può, contribuire colla sua sostanza a formare il peduncolo, e la porzione più bassa degl' involucri del tumore. Nello stesso tempo la tromba faloppiana dell'ovaja affetta è distesa sopra il sacco dilatato; i legamenti larghi dell' utero allungati, e l' utero stesso generalmente innalzato, spinto in avanti, e, come dice Kiwisch (nel suo prezioso trattato sulle *Malattie delle Ovaje*, tradotto dal Sig. G. Clay di Birmingham, 1860, p. 103), *tanto allungato, che spesso raggiunge del doppio le sue naturali dimensioni. Si riscontra anche generalmente in una condizione di blenorroico rilasciamento.*

Per la loro più piccola dimensione, e conseguente minore compressione sui visceri circostanti, le aderenze sono meno comuni nel caso di cisti semplici, che di composte; e parimenti, le stesse circostanze le portano a trovarsi più di frequente posteriormente all' utero nell' insaccatura retto-vaginale, almeno fino a che l'aumentarsi del loro volume le ritiri dalla cavità della pelvi, e le trasporti in avanti nell'addome, di fronte agl' intestini. Ma, come rimarca Kiwisch, quando le cisti ovariche si sviluppano come conseguenza di ooforite, può effondersi della linfa, e produrre la loro aderenza alle parti circostanti, e la loro posizione più laterale. Pure questa causa di idrope ovarico è, io credo, di meno frequente avvenimento, di quello che molti suppongono: per cui io convengo col Dott. Arturo Farre (*Ciclopedia d'Anatomia di Todd. Art. — Utero e sue appendici — p. 577*) che *il processo di evoluzione è occasionalmente disturbato, od interrotto, e che i follicoli, il cui naturale sviluppo è stato interrotto, possono come la placenta idatiforme, divenire la sede di una forma inferiore di nutrizione, terminantesi in effusione e raccolta di fluidi idropici di varia natura.*

Finalmente, le cisti semplici non presentano l' irregolare contorno della varietà composta, ma sono comunemente globulari, con una superficie liscia, e più presto manifestano all' evidenza la fluttuazione, di quello che facciano le cisti multiloculari, nelle quali il liquido è imprigionato in numerosi sacchetti agglomerati. Se poi si ricorra alla puntura, questa offre la più chiara indicazione

della malattia cistica, dacchè dopo l'evacuazione di un sacco unico, tutto il tumore svanisce. Ma queste cisti semplici di rado s'incontrano in pratica, mentre il più delle volte gl'infermi non ne riconoscono l'esistenza fintanto che il loro volume non si rende molto considerevole, e fino a che, con tutta probabilità, il loro carattere di semplice non è stato rimpiazzato dal multiloculare.

Nell'accrescimento di una cisti dall'ovaja, quest'organo, in molti casi, si consuma; ma può qualche volta avvenire, che la sua sostanza, o lo stroma, soggiaciano ad una considerevole ipertrofia, ed acquistino maggior durezza. Ciò col tempo procede tant'oltre, che essa sostanza assume una consistenza fibro-cartillaginea, ed è stata anche descritta come una trasformazione scirrosa, abbenchè sia mancata ogni evidenza del suo carattere maligno. In oltre, secondo il Dott. Roberto Lee, i tessuti nerveo-ganglionari attorno le ovaje, e l'utero, si ingrossano, quando le prime sono attaccate della cistica malattia.

B. Cisti Multiple. — Queste costituiscono una varietà di cisti semplici, dipendente da una concomitante produzione di due, o di più di queste ultime nella stessa ovaja, le quali nel corso del loro accrescimento vengono fra loro a contatto, e formano un tumore apparentemente multiloculare. Il Sig. Paget attirò l'attenzione a questa varietà nelle sue *Letture sui Tumori* (1853), nel seguente paragrafo, che sufficientemente la descrive — » *Ei non è infrequente di trovare molte piccole cisti, formate manifestamente dal coincidente ingrossamento di separate vescichette di Graaf. Queste rimangono stipate, e fra loro compresse; e come esse tutte assieme s'ingrossano, consumandosi le loro pareti di divisione, si fanno comunicanti fra loro, e possono alla fine sembrare come una sola cisti a molti compartimenti, avente la sua propria parete formata dal disteso involucro fibroso dell'ovaja. Molte cisti, così dette, multiloculari, sono solamente dei gruppi di cisti uniche strettamente impacchettate; benchè, quando sono esaminate nell'ultimo periodo del loro sviluppo, e specialmente quando uno dei gruppi di cisti s'ingrossa più che il restante, ei può essere difficile di distinguerle*

da alcune delle cisti proligere » — Nel suo saggio sui *Tumori* (*nel Sistema di Chirurgia*, pubblicato dal Sig. Holmes, 1860, p. 469), il Sig. Paget osserva, che in generale queste cisti *multiple*, possono essere distinte dalle proligere, dacchè *nel primo caso le numerose cisti sono solamente contigue ed a mutuo contatto colle loro adiacenti pareti, e nel secondo caso, alcune sono rinchiuse in altre, o sorgono da pareti d'altre cisti* » —.

Tuttavia, bisogna dirlo, la distinzione è ordinariamente non facile, e dopo tutto, per ciò che risguarda la pratica, è di piccolo momento.

C. Cisti Composte, — altrimenti dette *multiloculari*, o *prolifere*, e da Kiwisch — *Cistoidi.* — Sono formate dall'accrescimento di una secondaria, e può anche essere, di una terziaria, razza di cisti dalla primitiva cisti ovarica. Questo sviluppo di nuove cisti è ordinariamente descritto come *endogeno*, poichè esso più comunemente ha luogo dall'interno della cisti madre; tuttavia ei può procedere dal suo esterno, ed in tal caso pertanto può essere chiamato *esogeno.* Ma qualunque sia la direzione del loro accrescimento, esse hanno origine dalla parete fibrosa della cisti madre, ed acquistano una superficie tapezzante simile a quella del suo interno; come, se nascono dall'interno del vecchio sacco, necessariamente spingono la sua membrana interna innanzi a loro, e ne rimangono avviluppati.

Le cisti secondarie si sviluppano per lo più molte assieme, ma una o più sopravanzano le altre nell'accrescimento, ed alcune volte la distensione di una di esse è così rapida, che le sue pareti si rompono, ed il contenuto si versa nella cisti madre. Lo stesso si verifica delle cisti terziarie in relazione alle secondarie, e quando questa terza generazione ha luogo, il tumore ovarico diventa una grossezza multiloculare complessa, più o meno irregolare alla sua superficie: irregolarità naturalmente aumentata per la direzione all'infuori di ognuno de' sacchetti o celle, che la compongono. Invero quando altri sacchi formansi esternamente al principale, essi frequentemente possono essere presi per tumori d'appendice, e

quando solo parzialmente sviluppati, o le loro pareti comparativamente sottili, e considerevole la subíta distensione dal fluido, appariscono come solide intumescenze. Tuttavia in decorso di tempo, il loro carattere cistico diventa evidente, e più particolarmente dopo l' evacuazione del sacco principale.

La successiva raccolta di cisti prodotta nel sacco originale spesso intieramente lo riempie, e lo distende, e al segno da portarne la spontanea rottura. E come già s' è detto, una simile rottura, e aderenza delle cisti circonvicine, è di frequente avvenimento, tanto per effetto della sopradistensione, quanto per effetto della compressione, o dell'azione infiammatoria, nel produrre un rammollimento, od assorbimento dei setti interposti. Le pareti di divisione alcune volte non sono interamente distrutte, ma sono rappresentate da rimanenti lembi attraversanti ogni falsa cavità.

Il Dott. Hodgking, a cui la scienza è grandemente debitrice, pel suo esame e descrizione dei tumori ovarici (*Letture sulle Membrane Sierose e Mucose, e Transazioni Medico-Chirurgiche, Vol. 15.*) distingue dalla precedente varietà di cisti secondarie, o terziarie *a larga base,* un nesso di piccole rilevatezze d'un carattere villoso, a forma di porri, o pedunculato. Kiwisch le aveva notate: ma la migliore descrizione di esse, che noi abbiamo, è una del Dott. Farre (Articolo *Ovaja — Ciclopedia di Anatomia ecc. p. 581*), da cui togliamo il seguente estratto: — » *Questi processi peduncolati alcune volte nascono dalle pareti della cisti principale; ed invero, in quasi tutti i casi, che ho esaminati, dopo che il sacco ha raggiunto un certo volume, gruppi di questi sacchetti peduncolati si possono vedere sparsi in vari luoghi dell' interna superficie, ma più costantemente si osservano nascere dall' interno della cisti secondaria. Questi piccoli sacchetti appariscono da prima in gruppetti sparsi sotto la forma di piccoli grani rotondi, che fittamente cuoprono la membrana interna, che innalzano su loro, e così gli uni agli altri vicino collocati, che alcune volte se ne possono contare due, o trecento nello spazio di un pollice quadrato. Quando que-*

sti si allungano, la mutua pressione fa loro assumere la forma filamentosa; ma quando godono di maggior libertà nel loro accrescimento, le loro estremità comunemente si dilatano in piccole borsette, o polloni di altro ordine, germogliati dai lati, e dalle estremità degl' ingrossamenti originali, e li convertono in una moltitudine di piccoli processi dentritici, che rendono aspra la superficie interna delle cisti più grandi, e riempiono più o meno completamente le cavità delle più piccole. Se una sezione è fatta in questi processi dentritici, si vedono ordinariamente essere solidi alla loro base, essendo facilmente riconosciuto nei loro steli e branche, il bianco tessuto fibroso della parete della cisti madre, da cui essi nascono. Ma alle loro estremità vengono a dilatarsi in piccole saccoccie ripiene d'un fluido, simile alle piccole cisti peduncolate, colle quali essi sono abbondantemente frammisti. Queste piccole cisti, e processi, sono ricuoperti da epitelio, ed è probabile, che essi siano gli agenti attivi nella separazione dei vari fluidi, di cui le cisti ovariche, di qualunque ordine, sono comunemente ripiene » —

Le cisti multiloculari sono assai più frequenti, che le cisti semplici, e raggiungono assai più grandi dimensioni. Sono notati casi di tumori ovarici pesanti, con il fluido in essi contenuto, dalle Libbre 50 alle 100. Probabilmente (come nota il Dott. Farre, Opera cit. p. 582.) il solo limite all'aumento del volume dell'ovaja morbosa, dopo che si è innalzata dalla pelvi nell'addome, è occasionato dalla pressione, che esercitano sulla cisti la spina, il diaframma, e le pareti addominali; poichè le pareti di una cisti ovarica mostrano, in molti casi, possedere una capacità illimitata di moltiplicare l'elemento fibroso, di cui esse sono principalmente composte, come anche la facoltà di rapidamente rimpiazzare il fluido, dopo che furono del loro contenuto vuotate; provano queste due circostanze la capacità grande di secrezione inerente alle pareti della cisti, e nello stesso tempo l'influenza, che esercita la pressione nel tenere per qualche tempo la secrezione entro a certi limiti.

Origine della Cisti — Questo è un sufficiente attributo della Patologia delle tre distinte varietà di cisti ovariche considerate separatamente; rimangono alcune materie, che possono essere trattate generalmente, appartenendo più o meno ad ogni forma. E primieramente, dell'origine dei tumori cistici dell'ovaja. Questo è stato il soggetto di grandi discussioni, ma i più fra i patologi ora concorrono in rappresentare il tumore cistico come una morbosa dilatazione, di un follicolo, o vescichetta di Graaf. Le altre spiegazioni sono, che una cisti ovarica proceda, come una nuova formazione, da un blastema patologico coll'endogeno accrescimento di cellule, o nuclei, o al dire di Rokitansky, proceda da un granulo elementare, che nasca per intususcezione in un nucleo, e questo in una vescichetta inorganica; o che, secondo il Wedl, la cisti consista in un eccessivo aumento di volume delle areole del tessuto areolare. Tuttavia, Hodgkin, Kiwisch, Farre, Paget, ed altri, offrono terreno per l'ipotesi della loro origine dalla semplice dilatazione di una vescichetta di Graaf. Kiwisch rimarca (Opera cit. p. 101.) » *esservi casi ne' quali non vi può esser dubbio di questo modo di origine; poichè in una stessa ovaja noi possiamo osservare follicoli, che presentano un progressivo ingrossamento in sovraposizione di altri, che tuttavia ritengono il loro volume naturale. Al principio della malattia essi possono spesso sollevarsi dal sovrastante stroma in forma di sacchetti chiusi.* » Il Dott. Farre (Opera cit. p. 590) avvanza una simile opinione ma più dettagliata, ed aggiunge, che » *la produzione di queste cistiche formazioni è limitata a quel periodo della vita, in cui il follicolo di Graaf è in uno stato di attività. Esse non si trovano, come nuove formazioni dopo la solita epoca, in cui i follicoli cessarono di poter essere scoperti nelle ovaje siccome tessuti naturali, nè avvengono innanzi che sia arrivato il periodo della pubertà, eccettuati i casi tanto più rari di quelli di uno straordinario precoce sviluppo di questi follicoli, o di precoce pubertà* » — E questo abile medico e patologo arriva a dire — » *Questi argomenti si applicano più particolarmente alle cisti contenenti fluido. E meno*

ovvio, quanto innanzi essi possano servire a spiegare quelle, che contengono prodotti più altamente organizzati. Ma devesi anche ricordare, che formazioni cistiche di tutti i generi, avvengono tanto più frequentemente nell'ovaja, che in qualsiasi altra parte, mentre non v'è alcun che di peculiare nello stroma dell'ovaja, od in quella porzione, che è esterna ai follicoli, che la renda più particolarmente soggetta alle cistiche formazioni nascenti dai dilatati spazj areolari, di quello che simili fibrosi tessuti, che trovansi in altre parti del corpo, dove sviluppansi delle cisti » —.

Ma se questa spiegazione dell'origine della cisti madre fosse vera, le secondarie, o le altre cisti, sviluppatesi susseguentemente nel suo interno, sono, con tutta probabilità derivate, come il Sig. Paget ritiene, (*Letture sui Tumori, p. 60*) *da germi sviluppati nelle pareti della cisti madre, e quindi, com' esse si sviluppano in cisti secondarie, protrudenti nella cavità madre; oppure spartendo i tramezzi delle pareti, e rimanendo affatto rinchiusi fra esse, o più di rado crescendo al difuori, e protrudendo nella cavità del peritoneo.* —

Loro Inviluppi. — Un tumore ovarico, sia semplice o composto, ha il peritoneo per suo esterno involucro. Al suo primo apparire, questa membrana sierosa è spinta innanzi al tumore che cresce, e finalmente lo inviluppa. Sotto alla membrana peritoneale evvi l'indumento proprio del sacco, d'un colore bianco giallognolo, o giallo-scuro, e d'una consistenza fibrosa; che è a sua volta tapezzato da una delicata membrana di carattere epiteliale. Finalmente alcuni tumori, e specialmente quelli della varietà uniloculare, ricevono un involucro incompleto dallo stroma dell'ovaja, il quale le mantiene più o meno al luogo di loro attacco. Questa tunica supplementaria è specialmente visibile dove la dilatata vescicola fu in origine profondamente situata, ed ha in progresso nel suo sviluppo spinto innanzi a sè il sovrastante stroma, avendo luogo simultaneamente un espansione, ed un allargamento dello stroma stesso.

Egli è nella membrana media che si trovano i vasi del sacco. Questi alcune volte sono esili e scarsi: altre molto

dilatati e numerosi; essi sempre derivano dai vasi proprj dell'ovaja. Ricevendo così il suo sangue direttamente dalla parte da cui nasce, un tumore ovarico differisce da una cisti idatica: il che differente, non ha quello un' esistenza propria così indipendente, ed anche degli acefalocisti nel suo contenuto. Si può qui rimarcare, che le idatidi delle ovaje sono molto rare.

Le pareti di una cisti ovarica variano molto in consistenza e spessezza in differenti casi, ed anche in differenti porzioni dello stesso sacco. Come pure simili variazioni si incontrano in una massa di cisti in parecchi casi, ma come regola, le pareti della cisti primitiva sono più sottili. Un aumento di spessezza può essere dovuto alla semplice ipertrofia dei tessuti, ma più frequentemente ad un morboso processo stabilitosi nelle pareti stesse. Così esse possono inspessirsi ed indurirsi per ogni dove od in alcune parti, per infiammazione, e raramente per depositi tubercolari, ed anche più di rado per depositi cancerosi. D'altro canto l'infiammazione può rammollirle e distruggerle, o rendere la loro consistenza friabile e lacerabile; o può stabilirvi un'ulcerazione, e la cancrena, e seguirne una perforazione; e finalmente esse possono subire una degenerazione calcare. Sono stati narrati casi, nei quali le tuniche avevano raggiunto un pollice di spessore. In un tumore sezionato dal Sig. Stockwell (*Giornale Med. Chir. delle Provincie, N. 2, 1851, p. 38.*), in cui l'idrope era stato constatato solo da tre anni, ed in cui s'era ricorso alla puntura una volta sola, la parete anteriore era della spessezza di un pollice e mezzo, la posteriore d'alquanto meno. In uno de' casi del Sig. Wilson (*Giornale Med. Chir. delle Provincie N. 2, 1858, p. 35, 36.*), due grosse striscie tese attraverso alla parte anteriore del sacco, si trovarono produzioni del legamento largo, e contenenti diversi vasi. Spesso al contrario il tumore ha pareti molto sottili e flessibili, ed un'apparenza d'un bianco lucente, o risplendente. Le pareti tuttavia sono in tutti i casi più spesse nella porzione, dove la cisti è attaccata all'ovaja, sia poi per un peduncolo o a larga base. L'inspessimento d'un sacco ha luogo princi-

palmente nella tunica media; però anche la peritoneale è spesso inspessita, e resa opaca; e la interna membrana può frequentemente essere separata in varj strati d'epitelio, frammisti a tessuto connettivo. Al contrario può l'epitelio, come nelle vecchie cisti, non essere distinguibile.

L'interna membrana di più mostra frequentemente il risultato dell'azione morbosa. Questo è per parziale, o per generale injezione infiammatoria, per aderenti fiocchi di linfa, per una raccolta di pus, per una superficie granulosa o rugosa, per un rammollimento, e per macchie variamente colorate. Un essudato fibrinoso, o di spesso epitelio, può interamente intonacare una cisti, e vascolarizzarsi, e qualche volta anche dar luogo ad emorragia entro al sacco. Un'alterazione dell'interna membrana ordinariamente avviene dopo che una cisti si è aperta: perchè, per regola, sono cambiate le qualità del fluido susseguentemente separato. Ma prescindendo da questi ulteriori cambiamenti in qualità, si osserva qualche volta un precipitato del contenuto di una cisti, ed applicate sull'interna parete delle materie cristalline, consistenti specialmente in colesterina. Finalmente l'inspessimento delle pareti di una cisti ovarica è alcune volte complicato da grande indurimento, e dall'aver acquistata una consistenza fibro-cartillaginea. Infatti appajono delle placche ossee o calcaree sparse qua e là sulle pareti, ed in così grande estensione, che il sacco può dirsi essere completamente ossificato. Ciò avviene in vecchie cisti, di piccolo volume, e sembra riservato agli individui attempati.

Il processo infiammatorio, quando è stabilito in una cisti ovarica, sia semplice o composta, frequentemente si estende alla superficie peritoneale e quindi agli organi contigui. L'infiammazione del suo involucro peritoneale conduce all'inspessimento ed all'opacità, e più ancora all'effusione di linfa, che lo fa aderire ad alcune delle parti adjacenti. Sia che l'infiammazione si estenda dalla cisti stessa ad alcuno dei tessuti circostanti, o che l'irritazione della cisti possa dar luogo a quel processo indipendentemente in un dato tessuto, non di rado avviene l'effusione peritoneale.

L'adesione della cisti alle parti circostanti, benchè sia un impedimento all'estirpazione, alcune volte favorisce una guarigione naturale mediante la rottura. Le aderenze alla superficie posteriore sono molto rare, e da non essere scoperte mediante esame. È all'infiammazione acuta o cronica, nelle cisti di un tumore ovarico, che è dovuto il loro rapido accrescimento, e da essa anche spesso dipende la lacerazione, o la perforazione per ulcerazione dei sepimenti fra le cisti, e la rottura del tumore. Questo morboso processo produce gli stessi cambiamenti nel tessuto interno della cisti, come in una cavità sierosa normale, ed avviene l'effusione di linfa, la suppurazione, o la cancrena.

Direzione dell'accrescimento — La direzione dell'accrescimento sarà principalmente quella della minore resistenza. Dove esistono alcuni sacchi indipendenti, s'accostano variamente, secondo le loro relazioni alle loro origini, il loro ordine di sviluppo, e la direzione della minore resistenza al loro accrescimento. Egli avviene anche alcune volte, che la disposizione dei sacchi dia l'indizio dell'esistenza della malattia in ambedue le ovaje, o della trasposizione dell'effusione idropica (dopo la paracentesi) da un lato all'altro. Vedete il caso pel Sig. Hunt *Lancetta*, Vol. 1. 1846, ed i casi 2 e 5, da me pubblicati nel medesimo Giornale, Vol. 1. 1846, p. 371 e 373.

Ordinariamente i tumori fanno pressione in alto ed all'avanti nell'addome, ma alcune volte possono sentirsi molto prominenti nel cul-di-sacco retto-vaginale.

In conseguenza della dilatazione, che subiscono i sacchi, nella direzione della minore resistenza, egli è, come osserva il Dott. Simpson (*Giornale mensile di Scienza Medica*, Vol. 15, 1852, p. 365.), che « *noi abbiamo la più grande cisti, o le cisti in massa, generalmente, se non sempre, poste,* primo, *alla estremità superiore, o addominale del tumore, e,* secondo, *sull'anterior parte del tumore addominale, piuttostochè alle sue parti laterali, o posteriore; che la cisti, o le cisti anteriormente si accrescono più speditamente, perchè trovano minore resistenza nel loro accrescimento dalle pareti addominali an-*

teriori di quello che la cisti, o le cisti poste verso i lati, o la parte posteriore del tumore, poichè queste ultime sono compresse dai tessuti più densi delle pareti laterali e posteriori della cavità addominale. Egli è in conseguenza di questa patologica disposizione, che coll' operazione della paracentesi addominale, noi riusciamo ad evacuare la cisti più grande, o le cisti in massa, e per la stessa legge, il contenuto di quella, o di queste cisti più prominenti, è ordinariamente molto più fluido, e diventa più facilmente capace ad essere evacuato attraverso il trequarti, di quello che lo sia il contenuto delle cisti più condensate, e non sviluppate del tumore. »

L'accrescimento dei tumori ovarici verso la parte anteriore e superiore, procede tant'oltre, che essi non infrequentemente raggiungono la superficie inferiore del fegato, lo stomaco ed il colon trasverso, e contraggono aderenze con l'uno o l'altro di questi visceri. (3)

Contenuto delle cisti ovariche. — I caratteri fisici e chimici del contenuto delle cisti ovariche varia moltissimo nei differenti casi; e quando il tumore è costituito da varj sacchi, cioè è multiloculare, esso liquido molto differisce nelle varie celle. Il fluido contenuto è frequentemente come il siero del sangue, d'un colore giallo pallido, o paglierino, non contenendo che una traccia di albume. La secrezione di questo genere è, secondo la mia esperienza, la regola nelle cisti uniloculari, od in quelle, che non hanno che poche cellette, o di non antica data, e non punte antecedentemente. Questo liquido pallido può anche essere limpido, od essere commisto con materia più o meno d'apparenza mucosa, ma in realtà adiposa, alcune volte in quantità sufficiente da dargli una consistenza gelatinosa, o vischiosa. Alcune altre volte il fluido cistico è color caffè, o denso come se fosse commisto a fondi di caffè; anzi quando è tale da alcuni è stato considerato particolarmente diagnostico del morbo ovarico. Questa varietà tuttavia potrà alcune volte incontrarsi in un tumore ovarico alla prima puntura, e può rinnovarsi; ma egli si presenta il più spesso dopo la prima paracentesi. Il colore particolare può dipendere dalla

presenza di sangue alterato. Il fluido gelatinoso di colore scuro alcune volte evacuato, deriva o dal rammollimento cancrenoso degl'interni sepimenti della cisti, o specialmente da sangue putrefatto. Io m'incontrai con del fluido opaco, di un colore bianco-giallognolo, che sotto il microscopio appariva consistere quasi interamente di globuli adiposi, e lasciato posare, formava una massa untuosa e semi-solida. Le cisti contenenti tale materia sembrano essere accompagnate al loro svilupparsi da dolore forte non ordinario, e disturbo generale. In un caso evacuai da una cisti un liquido nero come l'inchiostro; altra volta simile ad una specie di *gruel* sciolto, od a crema (*custard*), ed in alcuni casi una mescolanza di fluido con materia semi-solida simile al cervello.

Dopo la puntura può seguire uno stato morboso del sacco, e sortirne un fluido icoroso o potrido, oppure formarsi o scaricarsi materie purulenti, con o senza fetore, o gas per decomposizione. Ma del pus può anche formarsi in un sacco non aperto per infiammazione spontanea, ed anche, come suppone il Dott. Bennett, dalla formazione di corpuscoli di pus nel contenuto gelatinoso.

Una cisti dopo di essere stata una volta evacuata, spesso non separa di nuovo del fluido dello stesso carattere di prima. È positivo, che il vuotare il sacco, sembra cambiare il carattere della sua membrana secernente. Se anche non s'incontra un'alterazione di colore, ve n'è frequentemente nella consistenza. Il cambiamento dal liquido chiaro al più o meno opaco, o mucillaginoso, è comune alla seconda puntura. Non infrequentemente il passaggio è anche più grande, ed un secondo vuotamento di una cisti produce un liquido color caffè, o come una specie di *gruel* sciolto, o fioccoso. La sostanza semi-solida simile al cervello, o fioccosa, può essere commista con altra varietà di liquido contenutovi; ed ei può accadere, che la cisti si riempia di sangue, sia per la perforazione di un vaso, o per una vascolarità generale del suo interno. Questa emorragia in alcuni casi è stata così considerevole, e così a lungo continuata, da indurre una fatale anemia.

L'alterazione del contenuto di una cisti dopo la sua evacuazione mediante la puntura, è meno frequente, e comunemente meno grave nelle cisti semplici, che nelle composte. Nelle prime il fluido è generalmente come sottil siero, e d'un color paglia chiaro, e quando è evacuato mediante la puntura, ordinariamente è rimpiazzato da fluido simile, od anche da del meno ricco in materie organiche. Nel caso di cisti composte il fluido estratto può alterarsi per un cambiamento nei poteri secernenti della stessa cisti punta, ma indirettamente anche per un versamento in esso del contenuto di cisti congiuntevi.

La quantità dell'albume contenuto, ed altre sostanze del fluido idropico, varia assai nei differenti casi.

Kiwisch ha presentata una tavola di dieci analisi, a cui rimando il lettore; nel frattanto io posso utilmente estrarre una tavola concisa, rappresentante i risultati chimici in quattro casi, com'è esposta dal Dott. Farre (Opera cit. p. 583.), tolta dal Dott. Rees.

	N.° 1. Chiaro, colorito paglia chiaro, alcalino Sp. gr. 1017	N°. 2. Colorito scuro, torbido, neutro Sp. gr. 1017	N.° 3. Accostantesi ai caratteri del bianco d'ovo, Alcalino	N.° 4. Chiaro, colorito paglia, contenente fiocchi di una sostanza d'aspetto perlaceo e scaglioso	Analisi del siero del sangue per paragone
Acqua	190. 9	190. 70	195. 2	187. 7	181. 2
Albumina nelle traccie di materia adiposa	4. 1	4. 25	1. 8	7. 6	16. 5
Albumina esistente in soluzione come albuminato di soda	3. 7	3. 62	1. 1	4. 0	0. 4
Cloruro alcalino, e solfato con carbonato di soda, da albuminato decomposto	0. 8	0. 78	1. 2	—	1. 6
Materia estrattiva, solubile in acqua ed alcool	0. 4	0. 45	0. 5	0. 5	0. 2
Cloruro di sodio con carbonato, da decomposto lattato di estratto alcoolico	0. 1	0. 20	0. 2	0. 2	—
	200	200	200	200	200

Così oltre all'albume, il fluido ovarico contiene varj sali alcalini, e particolarmente l'albuminato di soda.

Nel Vol. 8. delle *Transazioni della Società Patologica di Londra,* il Dott. G. D. Gibb ha descritta l'accurata dissezione di una cisti prolifera, e l'analisi del fluido rinvenuto nelle varie celle, alla quale rimando il lettore per alcuni dettagli assai interessanti, che solo per mancanza di spazio mi astengo dall'inserire in questo luogo.

Può stabilirsi in generale, che un aumento di densità nel fluido idropico (associato com'egli è ad un aumento ne' costituenti animali e salini), sia che quell'aumento si manifesti per una consistenza mucillaginosa per una produzione più abbondante di materia fioccosa, o simile ad una specie di *gruel* sciolto, di miele, o di cervello, indica una condizione più depravata, o morbosa, della cisti, ed anzi della salute generale, e per conseguenza una condizione meno suscettibile di guarigione. Tuttavia io sono disposto a credere, che in alcuni pochi casi, tale morboso cambiamento può aver luogo nella membrana secernente della cisti, dagli effetti della grande distensione, o della compressione, e dalle ripetute paracentesi pel che i suoi poteri secernenti possono essere in gran parte, od interamente perduti, e la cisti per conseguenza rimanere come una massa inerte nell'addome.

Un esempio di questa natura era, io credo, presentato in un caso del Sig. Bryant (*Lancetta,* 1849, Vol 2, p. 9.) In occasione della terza puntura, era evacuato un fluido della consistenza del *gruel* sciolto, presentante alla vista una qualche somiglianza ad un liquido purulento. Dopo quel tempo il sacco precedentemente enorme, rimase quasi inattivo, con dimensioni grandemente ridotte. Se questa osservazione è esatta, qualche prospettiva di vantaggio è da attendersi anche in casi altrimenti disperati.

Sotto il microscopio si vedono varj piccoli corpuscoli, e numerose celle grandi e composte, ripiene di granuli, insieme a globuli di adipe, e placche delicate di colesterina. Il Dott. Hughes Bennett (*Giornale Med. Chir. di Edimburgo,* Vol. 15, 1840, p. 40.) stabilisce, che *i fiocchetti spesso nuotanti nel fluido ovarico, sono placche di*

membrana epiteliale, più o meno unite assieme da materia granulosa. Alcune volte egli è filamentoso, con cellule granulari, ed altri prodotti dell'infiammazione. La materia gelatinosa, quando è consistente presenta tutti i caratteri del liquor sanguinis coagulato. » Trattando della diagnosi dell'idrope ovarico, io dovrò di nuovo riportarmi alle caratteristiche, tanto microscopiche che chimiche del fluido, e quindi non ritornerò qui più oltre sul soggetto.

La quantità del fluido, che può accumularsi in un tumore ovarico, è veramente meravigliosa. È notato, che 120, ed anche 140 Libbre di liquido sono state ritirate da un sacco. In un caso che io ho descritto (*Lancetta*, Vol. 2, 1849, p. 9), ad una puntura ne ritirai 93 pinte. Tuttavia è ben conosciuto, che una cisti una volta vuotata, separa più abbondantemente di prima. Ciò è dimostrato nell'ultimo caso citato. La prima enorme quantità evacuata era il risultato dell'accumulamento di quattro anni: ma dopo la sua sortita, in due mesi erano separate ed evacuate 49 pinte, ed altre 52 dopo un lasso di tempo poco più breve di tre mesi.

L'istoria offre molti esempj di questa rapida, e ripetuta produzione di fluido ovarico, quando la paracentesi era generalmente il solo metodo di cura impiegato. Per citarne uno o due ad illustrazione, » *il Sig. Martineau ritirò circa 500 pinte in dodici mesi, e dalla medesima malata sopra a 6600 pinte in ottanta operazioni entro il periodo di 25 anni* (Coplad, *Dizionario di Pratica Medica*, Vol. 1. p. 664). » Il Dott. Copland aggiunge: —» *In un caso sotto la cura del mio amico il Sig. Worthington, di Lowestoft, la quantità di fluido da lui estratta ammontò a quasi tanto, come nel caso dettagliato dal Sig. Martineau.* » (Vedi anche il Caso V., Cap. 6, in cui 1333 pinte erano estratte nel corso di nove anni.)

In esempi di questa specie, noi possiamo supporre, che l'enorme massa di fluido derivato dall'economia conteneva poca materia animale — l'albumina; e che il sacco, dopo di essere stato aperto anche ripetutamente, continuò a separare, contro la regola, un liquido similmente tenue ed acquoso. Il Dott. G. D. Gibb ha esposta (*Transazioni*

della Società Patologica, Vol. 7, p. 273) la struttura, ed apparenza di una cisti ovarica, che pesava Libbre 106, la quale non era stata giammai punta, e che fu presentata alla Società. Le sue pareti erano in alcune parti della grossezza d'un pollice e mezzo, essendo formate da un denso tessuto fibroso.

Alcune volte si producono solidi tumori in connessione con le cisti, sia internamente che esternamente, e più di rado appajono, vicino e fra esse cisti, formazioni cancerose molli o dure.

» *In rari casi,* dice il Dott. Copland (*Dizionario di Medicina,* Vol. 1, p. 654) *si sono trovate materie sebacee, con lungo capello, nella stessa ovaja, la quale conteneva grandi cisti idropiche, ed anche nella stessa cisti con raccolta fluida, essendo la cisti, in cui si formò il capello, e la sostanza adiposa, diventata in seguito il luogo dell'effusione idropica.* » Un'altra non ordinaria mescolanza è quella con idatidi.

Una, od ambedue le ovaje possono essere affette: l'ultima circostanza però è rara, almeno per ciò che riguarda la produzione di grandi cisti; ma non è fuori dell'ordinario, che dove esiste l'idrope cistico di un'ovaja, delle cisti in primordj di stadio si rinvengano nell'altra. (Vedi il Caso XXVIII.) Le due ovaje non sono egualmente soggette alla malattia, essendolo di più la destra.

Cause. — La formazione delle cisti, come regola generale, non avviene finchè le funzioni sessuali dell'ovaja non arrivano al loro esercizio nell'epoca della pubertà: ma essa può manifestarsi tosto dopo la cessazione delle mestruazioni: egli è impossibile a dirsi, se *de novo*, o solamente sopra un germe di azione morbosa sviluppatosi nella vita precedente.

» *Benchè,* dice il Dott. Copland, *casi cronici di cisti ovariche, si siano trovate in donne molto vecchie, pure esse raramente hanno origine ad un'età oltre i cinquant'anni.* »

Sono riferiti casi d'idrope ovarico avvenuti nel 13° o 14° anno, ed io comunicai un caso di sua esistenza nel 15°, e prima che la mestruazione si fosse stabilita, ed un secondo al suo apparire alla pubertà. Stando a quei casi,

de' quali ho le storie, il morbo ovarico fa la sua comparsa nella maggioranza de' casi dai 21 ai 40 anni. Il medio dell'età, in cui la malattia venne scoperta, è di circa 26 anni. Quindi, per quanto la mia raccolta di casi può garantire la deduzione, la sua tendenza è più grande durante il periodo della maggiore attività funzionale delle ovaje, e non nasce così frequentemente nel periodo di vita più avvanzata, o nella mezza età, come è generalmente rappresentato dagli Autori. Esso morbo non è di straordinaria evenienza nelle nubili; ed il più gran numero di ammalate maritate, secondo la mia esperienza, non ebbero figli, benchè da parecchi anni maritate. Ma il Dott. Churchill ritiene, che quelle, che hanno partorito vi siano più disposte, che le nubili.

Rispetto alle cause del morbo cistico dell'ovaja, poco può essere stabilito con certezza. Le *Cause predisponenti* generalmente ammesse, sono il costituto scrofoloso, le cause debilitanti in genere, e la troppo frequente, od eccessiva mestruazione. » *Solo lo stato puerperale* (dice Kiwisch, Opera cit. p. 40) *ed il periodo mestruale ..... apparentemente aumentano la disposizione al morbo ovarico fino ad una certa estensione, perchè in dette epoche le ovaje sono poste in condizioni, che le rendono più sensibili, di quello che lo siano altrimenti, alle influenze delle offese esterne ed interne.* » Le cause *eccitanti* non sono ben conosciute: spesso nessuna causa definita può essere assegnata dall'inferma, essendo il suo sviluppo assai graduato ed insidioso; ed anche quando la sua origine è attribuita a qualche particolare circostanza, l'assicurazione deve essere accolta con riserva. Fra le cause eccitanti sono enumerate le violenze esterne, il soverchio esercizio, l'abuso de' piaceri venerei, le sofferenze in parto, o nelle sconciature, la mestruazione scarsa e non attiva, o la leucorrea da qualsiasi causa, l'irritazione, o l'infiammazione uterina; com'anche l'effetto delle emozioni, quali il terrore, l'ansietà ecc.

È opinione, che la malattia possa prendere origine da ovarite; qualche volta può darsi questo caso, ma però, come osserva il Dott. Copland, » *vi sono numerose obje-*

zioni a questo modo di vedere, perchè quando anche la sensibilità, ed il dolore alla regione delle ovaje, che accompagnano il suo esordire, sono i più forti, vi è pure una frequente ricorrenza di copiosa mestruazione, indicante uno stato piuttosto di eccitamento, che di infiammazione di questi organi. » Il Kiwisch dall'altro lato ammette (Opera cit. p. 110), che *l'infiammazione dell'ovaja, tanto nella sua forma peritoneale, che nella follicolare, sembra cagionare l'idropica dilatazione delle vescichette del Graaf, segnatamente per la difficoltà, che ne viene dell'evacuazione dei follicoli per l'ipertrofia delle loro pareti, e parti circostanti. Non si deve dimenticare la circostanza, che le cistiche formazioni avvennero più frequentemente da dismenorrea. Ma anche questo incidente non può fornire dato sicuro, dacchè si è pure osservato il caso contrario.* »

In un numero considerevole, la malattia ovarica apparve subito dopo la nascita di un fanciullo; il processo del parto, o lo stato di pregnanza, essendo sembrati essere stati in qualche modo efficienti nel suo sviluppo. Riguardo a ciò, io posso rimarcare, che durante il flusso mestruale, ed i periodi di concepimento, e di parto, le ovaje sono in una condizione di eccitamento, e quindi più disposte a soggiacere ad un'azione morbifera sotto l'influenza di qualsiasi causa esterna eccitante; e così si spiega il fatto osservato, che cioè il principio di una malattia ovarica può spesso essere tracciato in detti periodi. È un'osservazione comune, che le donne maritate, senza figli, sono particolarmente disposte alla malattia delle ovaje, prababilmente per l'eccitamento parziale ed insufficiente di quegli organi: cioè può mancare il naturale, e sufficiente stimolo all'azione riproduttiva; od essere dessi incapaci di approfittarne: in ogni caso, lo stimolo che essi patiscono, può in seguito servir solo ed accendervi un'azione morbosa od innormale. Questa nozione trova appoggio in quegli esempj d'idrope cistico, in cui il sacco contiene capelli, od altri tessuti organizzati.

CAPITOLO II.

Sintomi e corso dell' Idrope Ovarico.

Il progresso dell' idrope ovarico è frequentemente tanto insidioso, che i primi sintomi sono inavvertiti dall'ammalata, o attribuiti a qualche altra causa; non è, che fino a tanto che la malattia non si è manifestata indubbiamente in uno stadio più o meno avvanzato, che si richiede il soccorso medico, il quale viene diretto al suo trattamento. Se non si conosce la malattia alla sua origine, è perchè è difficile di fissare i sintomi particolari ad essa in quel periodo: l'ammalata può forse ricordare di aver sofferto dolore, qualche tempo innanzi, nella regione delle ovaje, e dell'utero, oppure sensibilità alla pressione, con un senso di pienezza; o la malattia può essersi inoltrata non avvertita fino a che un visibile aumento dell'addome non la riveli, non essendo l'inferma capace di ricordare alcun precedente determinato sintomo.

In meno della metà de' miei casi, ebbesi dolore lancinante ed a parossismi; ma negli altri non fu notato essersi presentato, benchè la probabilità sia, che l'ingrossamento idropico non siasi avvanzato senza qualche dolore, che poteva nel frattanto essere molto facilmente attribuito a qualsiasi altra causa, che non fosse la vera, ed essere in seguito dimenticata.

Di nuovo, può essere rimarcato, in riguardo a quegli esempj di assenza di dolore, che le più erano donne maritate in età matura, nelle quali non potevamo perciò attenderci, che il processo morboso procedesse con minori sofferenze, che nelle donne giovani non maritate, od in quelle maritate, nelle quali la gravidanza, od il parto, sembrano agire come causa predisponente. Ed in generale noi possiamo stabilire, che il dolore sarà in ragion diretta dell'attività del processo morboso stabilito.

Io credo pertanto, che noi possiamo rettamente inferirne, che, come regola, l'idrope ovarico è avvertito dal

verificarsi il dolore; che questo dolore sarà minore in donne maritate, che ebbero de' figli, più che in altre, e specialmente, se sono innoltrate nella mezza età, e la malattia sia lenta ne' suoi progressi.

Così tosto, che il tumore idropico, elevandosi dall'ovaja, acquista un discreto volume, ed è tutt'ora ritenuto nei limiti della pelvi, sarà per lo più una sorgente di incomodi per il suo infossamento e compressione, su quella posizione, come anche sulle funzioni degli organi circostanti. Così dalla compressione sulla vescica, vi sarà irregolarità nell'emissione delle orine, ed anche effettivo arresto; dal contatto sul retto, stitichezza da ostruzione, ed emorroidi, od invece di meccanici, possono molestare questi organi disordini simpatici, ed essere messi in evidenza da parecchi disturbi funzionali. È una fortuna, se a questi incomodi è assegnata la loro vera causa, giacchè è più probabile, che siano ritenuti accidentali, o creduti dipendenti da qualche remota causa.

Nel suo aumento progressivo, il tumore s'innalza sopra la pelvi nella cavità addominale e nel ciò fare stira la tromba faloppiana ed il legamento largo. Altri sintomi ora divengono evidenti, variando tuttavia secondo lo stato della salute dell'ammalata, la natura del tumore, la rapidità e la direzione del suo aumento, l'influsso dell'azione infiammatoria, distendente le sue cellule con ulteriore effusione, e facente aderire le sue pareti ai tessuti adiacenti, oppure l'insorgenza d'una malattia maligna. Dacchè io avrò in quest'opera a dettagliare con maggior estensione i sintomi in connessione colla diagnosi, non è necessario di qui descriverli come fenomeni isolati.

Riguardo allo stato delle funzioni sessuali ne' casi d'idrope ovarico, si richiedono alcuni rimarchi. E primieramente si deve ricordare, che il concepimento può aver luogo, anche quando la malattia ha fatto grandi progressi, però sempre, che ambedue le ovaje non siano attaccate — circostanza, detto di passaggio, di raro avvenimento. Invero il concepimento sembra essere possibile sol fino a che il tumore ovarico pel suo volume, tanto comprima e s'infossi su l'utero, da portare l'escita dell'o-

vulo dalla sua cavità. Tuttavia, sebbene questo processo sia possibile in un gran numero, è spesso frustrato dalle condizioni concomitanti, ed il grado della linfatica irritazione, che il tumore può cagionare su l'utero. Quindi è, che il volume solo è d'importanza secondaria. — » *Noi abbiamo* (scrive Kiwisch, Opera cit. p. 125) *veduto la gravidanza avvenire in casi di cisti composte del volume circa di una testa di adulto; mentre altre donne, affette da tumori del volume d'un uovo di gallina, erano sterili. In alcuni casi il corso della gravidanza era disturbato dalla tensione esercitata su l'utero; mentre in altri casi arrivò al suo termine naturale con più o meno di sintomi molesti; ma nella generalità, il parto effettuavasi naturalmente. Solo in casi isolati, specialmente di piccoli tumori profondamente situati, fuvvi un maggiore, o minore dannoso ritardo nel parto. Non infrequentemente, un marcato aumento, od anche un' irritazione infiammatoria nella cisti ovarica, ha luogo dopo il parto.* »

Nel primo stadio dell'idrope cistico, gli sono comuni le irregolarità di mestruazione — una troppo frequente ricorrenza, un flusso eccessivo, o la dimenorrea — ma la soppressione è rara. Nonostante, noi non potremo essere atti a spiegare alcuno di questi disturbi mestruali, e la mestruazione può essere stata regolare durante la malattia, o divenir tale dopo la sua definitiva manifestazione. Parimenti la soppressione avviene nello sviluppo del morbo canceroso, ed è comune ove una cisti rapidamente si sviluppi, od ove vi sia una grande secrezione del contenuto sieroso. Kiwisch dice, che questo arresto di mestruazione dalle ultime cause summentovate, è più frequente nel morbo ovarico composto, che nel semplice, e che come sintomo, non è senza il suo valore nella diagnosi e nella prognosi.

Finalmente non si deve dimenticare, che le mammelle simpatizzano con il morboso accrescimento dell' ovaja, nella stessa maniera ch'esse fanno coll'ingrossarsi dell'utero nella gravidanza, circostanza questa d'ora innanzi particolarmente notata nella diagnosi differenziale fra il morbo ovarico e la gravidanza.

Il *Decorso della malattia* differisce grandemente ne' differenti casi. In uno de' miei casi, età 15 anni, la malattia progredì ad un fine luttuoso in diciotto mesi dall'epoca in che venne per primo scoperta; mentre in un altro trascorsero venti anni dalla sua comparsa, finchè fu tentato un energico trattamento. Il caso straordinario del Sig. Martineau è d'una donna, che visse 25 anni, sebbene punta circa 80 volte.

J. P. Frank s'incontrò in un caso, in cui l'idrope ovarico cominciò a 15 anni, eppure l'inferma raggiunse l'età di anni 88. Il Dott. Druitt dice (*Vade-mecum de' Chirurghi, p. 405*), ch'egli » *ha presentemente a curare una signora dell'età circa di 55 anni, di alta maestosa statura, nella quale un immenso tumore ovarico esiste da più di trent'anni.* » Il rovescio esatto di questa prolungata durata è offerto dall'esposizione del Sig. Stafford Lee (*Sui Tumori dell'Utero*), di avere egli cioè veduto una piccola cisti ovarica progredire così rapidamente in quindici giorni, da acquistare un grande volume, impedire la respirazione, e gravemente ledere le funzioni vitali. Così Kiwisch ci dice (Opera cit. p. 112), ch'egli » *ha veduta una cisti del volume, da una mano serrata in pugno a quello di una testa di fanciullo, apparire da dieci a ventiquattro giorni, accompagnata da gravi sintomi locali e generali. Il suo ingrossamento giornaliero era facilmente dimostrato dall'esplorazione.* » Il Dott. Federico Bird, da un esame di cinquanta casi, trovò che quattro morirono entro ad un anno dal principio dell'ingrossamento addominale, dodici in due anni, dodici in tre, dieci in quattr'anni, e le rimanenti in dieci anni.

La proporzione dell'aumento di una cisti è anche varia, e la circostanza, che un tumore sia uniloculare o multiloculare, sembra non avere diretta, o costante relazione colla rapidità del suo aumento. Il fatto, che dopo la puntura, il fluido si accumula in quasi tutti i casi più sollecitamente che prima, è già stato notato. Nessun dubbio può aversi, che a parte la reale attività del morbo ovarico, lo stato della salute dell'inferma influirà moltissimo alla rapidità della secrezione del fluido cistico — cioè,

che più è sano il costituto, *caeteris paribus*, tanto è minore la morbosa separazione del fluido. Quindi il valore di quei medicamenti tonici, raccomandati nel trattamento dell'idrope ovarico.

Il carattere della cisti, il suo volume, sollecitudine di sviluppo, ed altre circostanze che le appartengono, tutte regolano il grado, in cui la salute dell'inferma può soffrire. In generale, la sofferenza principale, prima che il tumore sia di grossissimo volume, è la stiratura ai lombi, il senso di pienezza, ed il dolore al dorso, dalla sua meccanica influenza, e dal suo peso; ma alcune volte disturba ed annienta le funzioni di vari organi, alcune immediatamente, ed altre per simpatia, e se un soccorso non viene apprestato, o lo è troppo tardi, l'inferma muore. Una delle più incomode concomitanze è l'irritabilità dello stomaco, i vomiti costanti ed esaurienti, che solo si possono sollevare col diminuire l'intumescenza. Gl'intestini anche sono resi irregolari nella loro azione, l'ostruzione, o la locale irritazione può essere prodotta dalla compressione, o l'irritazione può dar luogo alla diarrea; i reni per la compressione, separano meno di quel che potrebbero, possono congestionarsi, e diventar preda di una organica alterazione. Quando la cisti comprime specialmente all'insù, disturba l'azione del diaframma, cagiona irregolarità nell'azione del cuore, e rende la respirazione breve e difficile.

Da questi estesi e funesti effetti del tumore ovarico, sono spiegabili il quasi costante marasmo, ed esaurimento osservato negli ultimi stadj: come anche l'irritazione della febbre etica verso il chiudersi della vita. Fra altri risultati del progresso della malattia, sono l'edema delle estremità inferiori, e meno frequentemente l'ascite.

Il Dott. Burns presenta (*Ostetricia*, p. 139) il seguente abbozzo del corso dell'idrope ovarico —» *Nel corso della malattia, l'inferma può avere attacchi di dolore nel ventre, con febbre, indicanti infiammazione di parte del tumore, che può terminare in suppurazione, e produrre la febbre etica; o l'attacco può essere più acuto, cagionando vomito, sensibilità all'addome, e forte febbre, volgente al*

fatale in breve tempo: o vi può essere acuto dolore durante un periodo più breve, con o senza esaurimento temporario, e questi parossismi possono essere frequentemente ripetuti. Ma in molti casi questi sintomi acuti mancano, e lieve incomodo viene risentito, finchè il tumore acquista un volume tale, da impedire la respirazione, e cagionare un penoso senso di distensione. Da questo momento il costituto viene a soffrire, e si producono effusioni idropiche. Allora le pareti addominali sono così sensibili, che non possono sopportare compressione, e l'inferma emaciata, logorata da notti insonni, stato febbrile, mancanza di appetito, e disprea, viene a spirare. »

Vi è una rimarchevole differenza nella tolleranza, per così dire, della malattia nelle diverse donne. In alcune i disturbi funzionali sono solleciti ed eccessivi, quando il tumore è ancora di non grande volume, mentre in altre i più deboli meccanici effetti dell'intumescenza son quasi i soli accusati fino ad un eccessivo ingrossamento della cisti, il quale può essere accada dopo un lungo periodo. Sono rammentati dei casi di tumori, che col loro contenuto, pesavano dalle 50 alle 120 Libbre, e più anche, ed altri, ne' quali il loro peso fu tale e tanto, da trascinare le pareti addominali distese fino al livello delle ginocchia. Questa varietà nella tolleranza dipende dalla varia nervosa impressionabilità delle donne, benchè lo stato di salute generale, il grado d'aumento del tumore, la sua natura e contenuto, possano avere considerevole influenza. Altra circostanza parimenti ha grande influenza, cioè l'accendersi dell'infiammazione limitata alla cisti, e più anche, se dessa si propaghi al peritoneo. Ma l'infiammazione succedendo entro a cisti secondarie, può non fornire segni certi.

In luogo dell'idropica intumescenza, che progredisce alla distruzione della vita, per meccanici rapporti con importanti funzioni del torace, e de' visceri addominali, altre accidentalità possono sorgere. Il tumore può sparire, vuotandosi, per rottura attraverso ad alcuni organi, o, come alcuni credono, per assorbimento spontaneo. » *Il Dott. Baillie riferisce un caso di spontanea scomparsa di un tu-*

more, dopo avere esistito per trent' anni, rimanendo in seguito la donna in buona salute. » (Copland, luogo cit.) Benchè questo non sia un esempio unico, tuttavia è raro. Un singolare esempio di progressiva diminuzione di un sacco ovarico, si offerse al Sig. Norman di Bath — (*Giornale provinciale Med. Chir.* N. 1, 1851, p. 7), in un'inferma, nella quale fu tentata l'ovariotomia, ma non fu compita a motivo delle estese aderenze. Una piccola quantità del fluido escì dalla ferita, » *ma troppo piccola per ammettere la supposizione che fosse venuta dal tumore* », ed il Sig. Norman osserva, che per riguardo della assai grande e progressiva diminuzione del volume, non può esservi luogo che a congetture. Dalla pubblicazione del caso, io seppi da quel signore, che la donna trovasi bene del tutto, che s'è maritata, ma che non rimase incinta. Nello scritto allegato, il Dott. Norman rammenta anche la spontanea scomparsa di tumori ovarici in diversi casi noti a lui ed a suoi amici, ed egli sembra riguardare tale terminazione come più comune, che non è generalmente supposto. Kiwisch allude a simili casi, ne' quali la rottura, seguìta dalla riaccumulazione per due o tre volte, portò una completa guarigione. In un caso vi fu una rinnovazione, dopo due anni di perfetta salute, la quale dopo un'evacuazione attraverso il retto, tosto terminò in una nuova convalescenza. In altro caso la ricaduta ebbe luogo quattro volte in cinque mesi, susseguìta da una guarigione perfetta.

Il rompersi di una cisti non è straordinario, ma spesso è seguito da un termine fatale. Il pericolo tuttavia, dipende più dall'apertura, attraverso alla quale il fluido trova un'uscita; e quella sarà regolata dal luogo delle precedenti adesioni delle pareti della cisti, della relativa spessezza di quelle pareti, dai cambiamenti in struttura e robustezza, che il processo infiammatorio può avere in esse operato, od in fine, dalla direzione della minore resistenza. Pertanto la tendenza a rompersi può essere determinata non solamente dalla sopradistensione della cisti, o da meccanica compressione od offesa, ma anche da un indebolimento di qualche parte della parete della cisti du-

rante un morboso processo, come un rammollimento infiammatorio, o da altra causa. Non è molto straordinario, per un sacco, dopo di essere stato una volta punto col trequarti, di vuotarsi di nuovo per la stessa apertura, le cui adesioni sono sciolte dalla pressione del fluido riaccumulato. Io ho pubblicato questo caso nella *Lancetta* (Caso 2, Vol. 1, 1849).

Una cisti ovarica può vuotarsi nel cavo peritoneale, ne' crassi intestini, nel retto, nella vescica, nella vagina, attraverso la tromba faloppiana, od all'esterno attraverso le pareti addominali. Lo scaricarsi nel peritoneo, è di questi varj modi, il più pericoloso, benchè io lo credo assai meno, che non è generalmente ritenuto. Il pericolo varierà a seconda del carattere del fluido escito; lo sarà minore, quando quel fluido sia tenue e non irritante; e maggiore, quando sia commisto ai prodotti dell'azione morbosa nell'interno della cisti. Si conoscono casi a sufficienza numerosi di guarigione, per astenersi da una prognosi necessariamente fatale, quando il liquido di una cisti ovarica è effuso nel peritoneo; questo fluido può essere assorbito, e l'accesa peritonite essere mite, e presto domata, ed anche il più soddisfacente risultato susseguire, per la distruzione della cisti stessa per obbliterazione. Infatti nell'operazione, più avanti dettagliata, del tagliar via una porzione della cisti, e rimettere il restante nella cavità addominale, la susseguente secrezione di fluido, e la sua effusione nella cavità del peritoneo, sono anche contemplati come parte del processo.

Il Dott. Blundell, nelle sue *Letture di Ostetricia*, riferisce un caso di guarigione dalla rottura di una cisti nel peritoneo. Il Dott. Simpson di Edimburgo, asserisce (*Giornale Mensile di Scienza Medica*, Vol. 15, p. 527), che egli ne vide parecchi, e ne narra uno. Il Dott. Milner Barry riferisce un caso di rottura di una cisti ovarica internamente per caduta, che totalmente si corrugò nel corso di tre settimane (*Medical Times*, Luglio 13, 1861).

Sono riferiti molti esempi di rottura attraverso di un canale mucoso. In uno de' miei casi, pubblicato nella *Lancetta* (Vol. 1, 1849), sembrerebbe che il tumore

si fosse rotto internamente tre volte, e che nell'ultima volta scaricasse il suo contenuto attraverso le vie orinarie. Il Dott. Seymour ne ricorda uno, dove il fluido ebbe escita nello stesso tempo dalla vagina e dagli intestini, e la malata guarì. Il Dott. Simpson (luogo cit.) dà la storia di una paziente, in cui la cisti si ruppe di tanto in tanto, e si vuotò *per vaginam*; ed egli poscia si riferisce ad una rara communicazione dell'interno di un sacco ovarico, attraverso una tromba faloppiana, colla cavità dell'utero. Il Dott. Copland (*Dizionario Medico.* Vol. 1. p. 655) dice aver veduto un caso » *in cui ebbe luogo l'aderenza del tumore alle parti circostanti alla puntura, dalla quale era stato ritirato il suo contenuto, la cicatrice si ulcerò, ed il fluido era poscia scaricato a gradi attraverso l'apertura, e l'ammalata ricuperò la salute.* »

L'escita del contenuto di una cisti attraverso un canale mucoso, od attraverso le pareti esterne, è molto più favorevole, che se venisse versato nel peritoneo, se non è accompagnato da alcun immediato pericolo di vita. Se le pareti del sacco potessero venire fra loro a mutuo contatto, ne potrebbe risultare incontanente una guarigione naturale: se no, può corrugarsi, e benchè continui a secernere per qualche tempo, può finalmente inaridirsi, o di nuovo può essere disteso da fluido, tanto quanto prima, scaricandolo ad intervalli, o quasi costantemente. Il risultato molto dipenderà dalla larghezza e natura dell'apertura, come anche dal poter le pareti del sacco venir a mutuo contatto, e dall'esclusione od entrata dell'aria nel suo interno. La distruzione di un sacco con grosse pareti può parimenti seguire per suppurazione stabilita in esse dopo il suo vuotamento.

Il seguente caso di cisti rottasi, narrato dal Dott. Simpson (*Giornale Mensile di Scienza Medica*, Vol. 15, p. 528) è abbastanza rimarchevole per giustificare la sua inserzione — » *Una donna, ora dell'età di anni 56, madre di cinque figli, e di un assai robusto e forte costituto, verso la fine dello scorso anno, era già stata punta per un idrope ovarico quarantaquattro volte, da me, e da altri. Ultimamente la paracentesi fu ripetuta, sempre nel lasso*

di pochi mesi, ed un'enorme raccolta di fluido era ogni volta evacuata. Io ripetutamente ho veduti quattro galloni di fluido ritirati ad ogni puntura. Nel passato inverno la paziente scivolò nel camminare sopra un sentiero gelato, e così violentemente percuotè dell'addome, e del tumore ovarico contro il suolo nella caduta, che la cisti si ruppe. Nonostante, da quel tempo nessuna nuova puntura fu richiesta. La intumescenza addominale, sebbene tuttora vasta, è considerevolmente minore, di quel che era al tempo della caduta, e non aumentò in volume. Per un tempo, il fluido della cisti si versava liberamente nella cavità del peritoneo, ed era da esso regolarmente assorbito. Ultimamente vi fu marcatamente assai minore, o meglio, impercettibile raccolta di fluido nella cavità del peritoneo. Per diversi mesi la cute della paziente era in uno stato quasi costante di diaforesi — risultato, che le sembrò tanto più strano, dacchè antecedentemente per anni essa non potè mai riuscire ad eccitarsi il più piccolo grado di traspirazione — Questa tendenza alla diaforesi spontanea aumentò ultimamente. La secrezione orinaria era in antecedenza spesso alterata, e grandemente diminuita come il tumore ovarico aumentava. Dalla caduta, e rottura della cisti, i reni hanno continuato ad agire liberamente, e senza interruzione, e l' orina separata era sempre chiara, e limpida. »

Un caso straordinario, dove la morte risultò dall'attorcigliamento su sè stesso del peduncolo di un sacco ovarico, è riferito nel *Giornale di Medicina di Nuova York*, Marzo 1851. Il peduncolo attorcigliato risultò aver cagionata una peritonite letale. Il tumore all' interno era fortemente congestionato.

Il Signor Richard, di Parigi, cita (*Rivista Medico-Chirurgica*, 1854, p. 465) quattro esempj di cisti, in origine semplicemente ovariche, » *che avevano impegnato una considerevole porzione della tromba faloppiana, attraverso a cui il loro contenuto poteva colla pressione essere passato nell' utero. La porzione di tromba impegnata s' era allungata, ed inspessita, e le ripiegature della sua membrana mucosa, le quali sono tanto numerose e resistenti,*

erano in parte cancellate. Un'apertura distintamente formata, era il modo di communicazione fra la cisti ovarica e la tromba, attraverso a cui il contenuto della prima poteva essere spinta. Benchè tuttavia la porzione di tromba, che rimaneva nel suo stato normale non presentasse fisici ostacoli all'ulteriore passaggio del fluido, questo l'attraversava soltanto, anche in piccola quantità, quando uno specillo vi era introdotto, ed applicata la compressione, mentre quest'ultima sola non bastava. » Il Sig. Richard crede, che alcuni de' casi descritti come idropi tubarie, siano stati in realtà esempj di questa fatta (ch' egli chiama *tubo-ovarici*) e che in questa guisa può essere spiegato il corso, e scomparsa di alcuni tumori cistici addominali.

Un'altra terminazione di cisti ovariche, è per metamorfosi delle loro pareti. » *Ciò è assai marcato* (come osserva Kiwisch, Opera cit. p. 120), *quando ha luogo l'ossificazione, che sempre cagiona una considerevole contrazione di pareti, e diminuzione della cavità delle cisti. Quando l'ossificazione è perfetta, non soggiace ad ulteriore distensione. Parziali depositi di masse ossee, e cartillaginee, ed altre ipertrofie hanno luogo simultaneamente al corrugamento delle pareti, massime in individui di età avvanzata.* »

Le probabilità di guarigione spontanea, dopo alcuno dei modi di terminazione delle cisti ovariche, sono minori per le cisti composte, che per le semplici. » *Il più favorevole ad una perfetta guarigione, sia dopo una spontanea effusione, che dopo la puntura, è quando un processo infiammatorio attacca le cisti evacuate, le porta a degenerare, e produce tale metamorfosi nelle contigue cisti non per anche vuotate, che ne sussegue un graduato assorbimento dell'essudato contenuto, e con esso il corrugamento di tutto il tumore. Secondo un'osservazione, questo avvenimento non è raro nelle piccole cisti, ed il risultato alcune volte è così favorevole, che le malate possonsi considerare perfettamente guarite in sufficiente breve tempo dopo la loro puntura.* » (Kiwisch, p. 198.)

CAPITOLO III.

Altre varietà di Tumori Ovarici.

Prima di procedere all'esposizione della Diagnosi dell'idrope cistico dell'ovaja, descriverò brevemente la patologia di altri tumori ovarici — cioè del tumore *idatideo, dermoideo* e *colloide*, e dirò poche parole sulla *degenerazione maligna dell'ovaja*, e sull'*idrope della tromba faloppiana*. Sotto il capitolo di *Cisti composte dell'ovaja*, Kiwisch in vero comprende la descrizione della degenerazione cistoide, ossia dell'idrope ovarico multiloculare già considerato, e quella della degenerazione alveolare, o colloide, del cisto-sarcoma, e del cancro cistoide; perchè com'egli dice, quelle degenerazioni delle ovaje il più delle volte consistono in ispecial modo di grandi cavità ripiene di fluido.

Le *cisti ovariche idatidee* sono molto rare. Le cellette idatidee sono avviluppate da sacchetti sviluppati dal tessuto dell'ovaja. La loro infrequenza le rende curiosità patologiche di poca pratica utilità.

I *tumori ovarici dermoidei* sono tali, perchè contenenti materie solide organizzate, come capelli, sostanza adiposa, ossa, e denti. Io ho già fatta allusione ad essi (p. 18), come complicanti le ordinarie cistiche intumescenze, paragonati colle quali, essi sono assai rari. Il Dott. Farre diede un'eccellente descrizione di questi tumori, ed un esame critico riguardo alla loro origine, nel suo precitato articolo sull'anatomia anormale dell'ovaja. (*Ciclopedia di Anatomia*, p. 584), al quale rimanderei il lettore desideroso di ulteriori informazioni rispetto ad essi, più che io possa dare in questo volume. » *Essi raramente crescono con rapidità* (scrive il Dott. Farre); *od arrivano all'enorme volume comunemente osservato in quelli contenenti fluido od idatidi. Che queste cisti tuttavia possano alcune volte eguagliare in volume quelle di più semplice carattere, è dimostrato da un considerevole esempio descritto*

dal Blumenbach. Queste cisti sono di carattere tegumentario: sopra la loro superficie interna viensi ad organizzare un tegumento, con il suo strato cutaneo, adipe sottocutaneo, epidermide, e tutti i minuti organi, (p. e. le glandole sebacee, e sudorifere) che dipendono dal vero tegumento capelluto del corpo: dal che l'appellativo di cisti dermoidee. » Per riguardo all' origine e rapporti di queste cisti con il supposto concepimento e gravidanza ovarica, il Dott. Farre, dopo un rigoroso esame di casi esposti, e di esperimenti, conchiude, che manca l'evidenza a dimostrare, che esse, considerate come tumori embrionici, siansi sviluppati entro alla propria sostanza dell' ovaja. (Il Caso XIV nelle mie Tavole, alla fine del Volume, è un esempio di questa forma di tumore, che io credo era congenito).

I *Tumori ovarici colloidi*, altrimenti descritti per degenerazione alveolare, o cancro dell'ovaja, sono di maggiore pratica importanza, che le due ultime varietà summentovate. Essi generalmente esordiscono nel loro sviluppo per una cisti, ma non è ciò necessario; e così stanno in mezzo fra la semplice malattia cistica d'ovaja, ed i tumori più solidi dell'ovaja stessa, aventi un carattere canceroso o cancroide. Il termine — *degenerazione alveolare* — rappresenta la generale apparenza dell' ovaja alterata, la cui sostanza è per ogni dove disseminata, e spesso per una larga estensione, da interspazi, o cavità (alveoli), alcun che a modo di una spugna, solo che in molti casi queste cavità raggiungono un volume eguale alle più grandi cisti nella degenerazione follicolare dell' organo. Così anche il termine — *colloide* — è inteso a significare il carattere del contenuto degli alveoli o sacchi, che ha qualche rassomiglianza a colla sciolta, od a molle gelatina, e benchè alcune volte senza colore, è più spesso di un colore giallastro, giallo-rossiccio, o giallo-verdastro.

Gli alveoli, o spazi cellulari, non sono il risultato di dilatazione follicolare, perchè le vescichette del Graaf appajono distrutte per lo sviluppo anormale de' primi; e la loro probabile origine è nel tessuto connettivo, od areolare dell'ovaja.

Le pareti delle cellule sono costituite da tessuto fibroso, e variano estremamente in spessezza: una volta le cavità appajono meramente incavate in una densa massa fibrosa, un'altra, come una congerie di cisti a pareti sottili, mentre tutta la massa (come rimarca il Dott. Farre, Op. cit. p. 592) è così debolmente sostenuta, da assumere l'apparenza di tremolante gelatina. Secondo il numero e dimensioni de' grandi sacchi entro al tumore, e la loro posizione relativamente alla sua superficie, il suo contorno è liscio e regolare, o presenta diverse irregolarità di varie dimensioni.

» *Innicchiate nella sostanza simile alla gelatina del contenuto alveolare, si possono trovare delle bianche masse simili al blancmanger, o ad una densa crema. Frammisti a questo contenuto in varie proporzioni si trovano delle cellule epiteliali nucleate, dei corpuscoli ovali, granuli oleosi, molecole e delicati filamenti. Oltre a questo contenuto, vi si possono spesso osservare, appesi all'interno degli alveoli, ed innalzantisi dalle loro pareti, gruppi rilevati come foglie, o processi villosi, tali come sono stati osservati in quella varietà, che più particolarmente ha ricevuto il nome di cancro villoso. Ma accade frequentemente, che il tipo di struttura alveolare, non è generalmente diffuso per tutta la massa. Questo può formare solo una porzione dell'ovaja ammalata, mentre la più gran parte è composta di una, o più grandi cisti, con contenuto simile a quello or ora descritto* » (Farre, p. 593).

Questa degenerazione colloide è suscettibile di più rapido aumento, che la follicolare; e a differenza di quest'ultima, non molto infrequentemente diviene il posto di vera alterazione maligna. Anzi spesso potrà raggiungere un enorme sviluppo, eguale a quello di un tumore cistico, e potrà danneggiare in grado egualmente leggero la salute generale della paziente. Come i tumori follicolari, inoltre, il colloide contrae aderenze con i visceri circostanti, ed i sacchetti che contiene, spesso si fondono assieme per la rottura de' setti interpostivi, avvenimento che con facilità è cagionato dalla rapidità di suo aumento alcune volte eccessiva, e dalla tessitura spugnosa e probabilmente delicata degli stessi scompartimenti parietali.

Il *Cisto-sarcoma* è probabilmente da enumerarsi con giustezza fra le forme del morbo *cancroide*, come è ritenuto dal Dott. Hughes Bennett. Qualche volta tuttavia, apparisce *innocente*, a contrasto col maligno, e dacchè attacca l'ovaja, produce un tumore più o meno solido, o più spesso uno talmente bucherellato da sacchi, o da celle, da rassomigliare, in un considerevole grado, nella generale apparenza, ad alcuni casi di composta follicolare degenerazione. Quando è attaccata la sostanza dell'ovaja, e che tutta ne è invasa, evvi un anormale sviluppo di tessuto areolare e fibroso, e le cisti nascenti nel suo interno, vengono fornite di una membrana interna di epitelio, e del potere di formar cisti secondarie.

Il crescere di questi tumori sarcomatosi è alcune volte molto rapido, e possono acquistare dimensioni eguali a quelle de' più grandi tumori cistici. Il contenuto de' sacchi varia, sia nelle differenti ovaje, e nelle varie cisti della stessa ovaja. Per esempio, esso può essere *colloide*, o sieroso, o purulento, o sanguigno.

Morbo canceroso dell'ovaja. — Il Cisto-sarcoma è suscettibile di essere complicato con il morbo canceroso, apparendo in varie delle sue celle la sostanza midollare. Quando tutta l'ovaja è presa dal morbo canceroso, ed è per tutto scavata da cisti, costituisce il *Cancro cistoide* di Kiwisch. Secondo questo patologo, » *qualche volta può accadere, che cavità di differente volume, ed anche cisti isolate, possono essere formate in un cancro primitivo, principalmente midollare; che a sua volta può crescere ad un assai grande volume colle più differenti forme; mentre altra volta un cancro maligno, può svilupparsi in una cistica formazione, od in un'alveolare degenerazione. Avviene alcune volte, che una grande e solida massa cancerosa si rommollisce nel suo centro, ed è gradatamente cambiata in un tumore fluttuante, che sotto un punto di vista anatomico, non può essere considerato, come appartenente al cancro cistoide.* » Eccettuato quando complica una o altra forma di degenerazione follicolare, o cistoide, il morbo canceroso dell'ovaja raramente dà luogo a tumori di assai considerevole volume, o a tale da essere

paragonato all'idrope cistico d'ovaja. Il morbo ovarico maligno ha, pertanto, poco da richiamare la nostra attenzione in questo capitolo, ed io, dopo poche altre rimarche, lo toglierò dalla nostra considerazione, finchè arriviamo alla questione del diagnostico.

Il cancro non invade l'ovaja così frequentemente, come era stato supposto pel passato, quando molti tumori fibrosi solidi, o cistici, erano con esso scambiati. Ei s'incontra meno spesso nel morbo colloide. Il cancro midollare è la più frequente varietà della maligna degenerazione. » *Può avvenire* (scrive il Dott. Farre, Opera cit. 593), *sia in forma di una infiltrazione generale di tutta l'ovaja di materia encefaloide, od in quella di tumori distinti, circoscritti da fibroso inviluppo, ed aventi la materia cancerosa distribuita in una sostanza cellulare interna, o raccoltavi da sepimenti cellulari.* » (Quest' ultima varietà è equivalente al *cancro cistoide* di Kiwisch.) » *Questi tumori possono raggiungere il volume di un arancio, ed anche più. Il loro aumento sembra essere, nel primo esempio, represso dai suoi involucri fibrosi, ma questi alcune volte screpolano, e permettono la diffusione del loro contenuto. Questa forma di cancro spesso attacca ambedue le ovaje, e si trova anche associata al cancro in altre parti e specialmente nelle adiacenti. Nonostante il numero e la varietà dei contigui tessuti, che possono essere così involuti, l'ovaja può alcune volte essere rimarcata, come il centro, o focolare, da cui il deposito canceroso si è diffuso.* »

La varietà di color scuro, o *melanotica*, è molto rara, e così anche lo *scirro*. Il Dott. Hughes Bennett, nel suo *Trattato sui tumori cancerosi, e cancroidi*, s'è approfondito in queste materie con maggiori dettagli, ed ha specialmente attirata l'attenzione a ciò, ch'egli chiama *malattia cancroide dell'ovaja*, sul quale argomento io rimando il lettore.

» *Il cancro delle ovaje* (dice Kiwisch, Opera cit. p. 243) *eccettuata l' infanzia, non risparmia alcun periodo della vita, e non è molto rara nella prima esistenza. Ma il cancro midollare ha luogo esclusivamente ne' giovani, specialmente col rammollimento alveolare del tessuto. Il*

cancro fibroso, d'altro lato, appartiene segnatamente ai periodi innoltrati della vita. Noi abbiamo inoltre ad osservare, che il cancro ovarico colpisce più presto, che l'uterino; perchè mentre in un gran numero di cancri uterini, noi non abbiamo peranche osservato alcuno sviluppato prima dell'età di anni 24, abbiamo osservato un cancro ovarico molto esteso in una fanciulla di anni 17. Tuttavia la frequenza del cancro ovarico paragonato con l'uterino, se eccettuiamo le forme secondarie, che procedono dall'ultima affezione, non è molto considerevole; e secondo le nostre osservazioni, possiamo ritenere che sopra cinque casi di cancro uterino primitivo, avvene uno di cancro ovarico primitivo. Ma fra i tumori solidi, il cancro e le cisti adipose, sono le forme più frequenti di malattia, che si riscontrino. Egli è tuttavolta da rimarcare, che il cancro midollare, in tutti i suoi stadi, ha luogo anche in un'età avvanzata. »

Idrope della Tromba Faloppiana, o dell'Ovidutto. — Questa alterazione s'incontra di rado, ma dacchè può simulare l'idrope cistico dell'ovaja, merita un cenno in questo luogo. Esso risulta da un' innormale secrezione entro la tromba, unita all'occlusione delle sue aperture, e la susseguente raccolta di fluido, distensione ed aumento del sacco formatosi abnormalmente.

L'estremità libera (*fimbriata*), com'è più larga, essendo anche più sottile, si espande di più, e forma un tumore globulare a capo di un sacco tortuoso. Agli angoli, ci dice il Dott. Farre, (Opera cit. p. 619) projezioni valvolari formano sepimenti interni imperfetti, e colla distensione e chiusura della tromba, la membrana mucosa è rimpiazzata da una superficie sierosa esalante. Questa condizione idropica può incontrarsi in ambedue le trombe nello stesso tempo. Il fluido contenuto è ordinariamente chiaro, e quasi senza colore, e contiene poca albumina. Tuttavia avvengono casi, dove egli è commisto a fiocchetti di linfa, o è reso denso, e alterato dalla mescolanza di muco, materia purulenta, e sangue: l'ultimo impartendogli lo stesso colore caffè-scuro, come ne' sacchi ovarici.

La quantità del fluido accumulato per lo più non eccede poche oncie, ma sono ricordati esempi, dove ne sono state trovate 7, 13, ed anche sopra le 100 Libbre. Il Dott. Farre dubita dell'esattezza dell'osservazione in questi casi estremi: perchè egli non può supporre la tromba suscettibile della necessaria distensione, ritenendo a mente la storia della gravidanza tubaria, che sempre termina per rottura, prima della metà della gestazione. Per spiegare questi casi riferiti presume » *che una parte di fluido fosse contenuta nell'ovaja, giacchè una concomitante distensione della tromba e dell'ovaja è un avvenimento non comune assai.* »

CAPITOLO IV.

Diagnosi dell' Idrope Ovarico.

L' Idrope cistica d'ovaja è stata scambiata colla gravidanza, e la gravidanza con un'idrope d'ovaja; l'ultimo è un errore tanto più grave, potendo condurre ad un trattamento fatale. L'ascite, tumori dell'utero, distensione della vescica, accumulamento negl'intestini di feci e di gas, ed anzi quasi ogni specie d'ingrossamento addominale, sono stati confusi col morbo ovarico; e per contrario quest'ultimo è stato scambiato per queste morbose condizioni. Tali errori accaddero a distinti pratici: e si può ammettere, che la diagnosi è spesso tanto difficile, quanto manifestamente è importante. La sua importanza invero non può essere esagerata, perchè qualunque sia il trattamento, la conoscenza non solo dell' esistenza, ma anche della precisa natura del morbo ovarico, porta seco le maggiori conseguenze.

Segni dell'Idrope Ovarico. — I segni dell'idrope ovarico possono dividersi in *generali* e *speciali,* ossia *locali.* Essi pertanto varieranno secondo lo stadio della malattia.

Segni generali. — I generali si appalesano dalla condizione della salute ed aspetto dell'inferma, e presi in unione co' segni dell'addominale ingrossamento, confermano la sua reale natura. Fra tali segni generali, nella malattia pienamente sviluppata, sono: l'emaciazione verso il collo, e le spalle, ed una particolare espressione dell' aspetto del volto: l'ultimo è più facilmente apprezzabile dall' osservatore, di quel che lo possa fare qualunque descrizione al lettore = il volto è allungato, ed alquanto raggrinzito; l'ansietà e l'affanno sono grandemente dipinti nei lineamenti; gli angoli del naso e della bocca sono stirati in basso; le labbra più sottili, le guancie solcate; gli occhi sono rimarchevolmente appianati, lo spazio fra le palpebre ed il margine osseo delle orbite diminuito ed incavato; in effetto tutto il tessuto adiposo areolare della faccia è atro-

fizzato; la tinta è pallida, ma senza quel particolare colorito plumbeo, o lurido, o simile al colore di cartapecora, che si vede nella maligna degenerazione. Egli è per lo più, non fino all'ultimo della malattia, che è notevole l'edema alle estremità, che le vene addominali diventano, prominenti, o che è rimarchevole, il disordine negli organi digerenti, o la diminuita quantità nelle orine. Alcune volte infatti l'edema manifestasi ad un primo stadio, dipendendo dalla compressione sulle vene della gamba, ed è per conseguenza veduto al lato, da cui ha origine il tumore. Egli è pertanto distinguibile da quell'edema avente una causa generale.

Segni negativi sono deducibili dall'assenza di sintomi di malattia cardiaca o renale; perchè nell'idrope ovarico vi è lieve disturbo di circolazione, ed egli è solo, quando la distensione è molto grande, che la respirazione è assai imbarazzata.

Disordini dei visceri compressi, ed insufficiente nutrizione, con susseguente dimagrimento, sono fra i segni di morbo ovarico avvanzato.

Come fu accennato nel primo paragrafo, questi segni generali sono apparenti principalmente, quando la malattia ha di tanto progredito, da manifestarsi mediante un'intumescenza addominale: perchè quando l'ingrossata ovaja non si è peranche innalzata dalla pelvi, i sintomi, eccetto alcuni di carattere simpatico, sono locali e speciali.

Fra i pochi segni generali dipendenti da simpatia, sonvi le mammelle ingrossate e dolenti, circondate da un'areola, spesso secernenti un fluido latteo, ed alcune volte ha luogo anche vomito nella mattina.

Segni locali, o speciali. — I segni locali, o speciali dell'idrope ovarico, sono da raccogliersi dalle informazioni della malata, dall'esame, palpamento, e percussione dell'addome, dal cambiamento di posizione, e coll'esplorazione vaginale e rettale.

Questi segni variano considerevolmente, secondochè il tumore occupa la pelvi, o l'addome: appunto come nel caso di utero gravido. Nell'apprezzare il valore diagnostico de' sintomi, dobbiamo ricordarci, che l'idrope cistico è

una malattia, che progredisce, e che *caeteris paribus*, più è voluminoso il tumore, e più è difficile la diagnosi. Prima di praticare un esame manuale di qualsiasi specie, l'intestino e la vescica devono essere vuotati.

Segni locali nel primo stadio. — La cisti, quando trovasi anche nella pelvi, è accompagnata da non pochi de' sintomi della gravidanza ne' primi mesi, e frequentemente dà luogo a supporre la sua esistenza. Ho notato il sintomatico ingrossamento, dolore, e secrezione delle mammelle; l'apparir dell'areola, e la casuale presenza del vomito nella mattina. La paziente ha inoltre un senso di peso, e di pienezza nella cavità della pelvi, e non infrequentemente le mestruazioni sono soppresse, benchè nella maggioranza de' casi, esse sono solamente irregolari. Durante il suo accrescimento il sacco può premere sul retto, impedire il passaggio delle feci, e così cagionare distensione degl'intestini al disopra, e vene dilatate, ossia emorroidi, attorno all'ano. La pressione può parimenti comprimere il collo della vescica, ed impedire l'escita alle orine; od anche può cagionare qualche grado di spostamento dell'utero. Questi sintomi possono presentarsi assieme, o si possono rilevare separatamente.

Ma la più certa evidenza di una cisti nella pelvi si ottiene da un'esplorazione vaginale e rettale. Per praticarla la paziente dovrebbe essere posta sul suo dorso, colle coscie flesse sull'addome per rilasciare i muscoli, e le si dovrebbe raccomandare di non trattenere la sua respirazione. Il dito essendo introdotto nella vagina o nell'ano, sente una tumidezza nella fossa iliaca, in basso verso l'ovaja, occupante l'insaccatura fra la vagina ed il retto. Egli è anche miglior espediente di introdurre il pollice nel retto, ed il dito medio nella vagina, ed allora si sente interposto fra esse un tumore elastico rotondo; e la fluttuazione vi può essere distinta, se il sacco sia grande abbastanza, e le pareti non troppo spesse, come in generale non sono in questo stadio. Un tale tumore non è molto doloroso alla pressione, e non immobile, come i tumori solidi non ovarici, o sanguigni, sviluppati nel tessuto areolare dell'insaccatura retto-vaginale. La vagina

si sente generalmente stirata in alto, e l'utero innalzato, e spinto all'indietro verso il retto, o piegato all'innanzi, o spostato da un lato, opposto a quello, da cui nasce il tumore. » *Se*, dice il Dott. Churchill (*Sulle Malattie delle Donne, 1850*) *il dito sia introdotto nel retto al di là del tumore, ritroveremo il fondo dell'utero, e potremo distinguerlo dall'ovaja ingrossata. Ciò è molto neccessario per non giudicare di una retroversione dell'utero. Di più, ei forse ci farà capaci di decidere, se una, o tutte due le ovaje siano ammalate.* »

Vi sono tre dati caratteristici, dice il Dott. Blundell (*Sulle Malattie delle Donne, p. 108*), *per i quali può essere conosciuto l'idrope d'ovaja retto-vaginale = un tumore nella cavità della pelvi, con innanzi la vagina, ed il retto posteriormente; una fluttuazione più o meno sensibile, ed una concomitanza di sintomi più numerosi in alcuni casi, meno in altri, ma i più riferibili ad irritazione, ostruzione, e compressione dei visceri nella pelvi.*»

Bisogna rammentare, che un'ernia può discendere fra la vagina ed il retto, e sentirsi come un tumore in quella regione: però mancando i sintomi di strozzamento, possiamo distinguerla da una cisti ovarica coll'effetto del tossire, e cambiamento di posizione, e non riuscendosi a passare col dito in su oltre il tumore. Anche l'ovaja stessa, benchè libera da malattia cistica, può discendere nello stesso spazio, nel qual caso tuttavia, l'esame cagiona incomodo, e la compressione forte dolore.

Una cisti ovarica può, a motivo di suo arresto, o di estremamente lento sviluppo, rimanere nella pelvi per molti mesi, ed anche per anni. In generale tuttavia, aumenta gradatamente, e ritenendo per del tempo il suo contorno rotondo, e la posizione unilaterale, ascende dalla pelvica alla cavità addominale, innanzi agli intestini, coperta dal peritoneo. Ora è dessa, che produce l'ingrossamento e distensione dell'addome, e nel suo continuo aumentarsi, spinge in alto il diaframma ed il fegato, diminuendo perciò la cavità toracica, e comprime lo stomaco, la milza ed i reni. Da ciò segue un treno di nuovi sintomi riferibili agli effetti del tumore nella sua nuova

posizione sopra diversi organi, coi quali prende relazione. Debbo pertanto occuparmi ora di que' segni — speciali e locali — applicabili al diagnostico.

Segni speciali di Cisti nell'Addome — Esame — Quando un sacco ovarico emerge dalla pelvi nella cavità addominale, l'ingrossamento del primo si osserva circa la fossa iliaca d'un lato, ed a misura ch'esso aumenta, questa preponderanza unilaterale rimane visibile per lo più durante assai lungo periodo. Finalmente l'eccessiva distensione delle pareti addominali, o lo sviluppo di nuove cisti verso l'opposto lato del corpo, sopprimono questo segno diagnostico di ineguale ingrossamento ai lati dell'addome.

Per esplorare la disparità di volume dei due lati dell'addome, possiamo aver ricorso al misuramento attuale, benchè la differenza in generale sia così leggera, da rendere questo compenso di poco valore. Come nella gravidanza, la distensione rende l'ombellico prominente. Parimenti vediamo, che le vene addominali sono dilatate, ed evidentemente più numerose; quelle degli arti sono alcune volte in assai cattivo stato, e le gambe stesse edematose. Il tumore sorgendo dalla pelvi, come già s'è detto, ed anche più nella sua emergenza da questa, produce spostamento, ed alcuni cambiamenti ne' visceri pelvici. Cominciando, come avviene per lo più, il tumore nell'insaccatura retto-vaginale, la sua tendenza è di spingere l'utero anteriormente; tendenza che necessariamente va aumentando a mano che il sacco s'innalza verso l'addome. Quindi v'è antiversione dell'utero, ed alcune volte tanto, che quest'organo è compresso contro la sinfisi del pube. In altre epoche tuttavia la compressione è più laterale, ed allora l'utero è compresso anteriormente, ed al lato opposto a quello, da cui sorge la cisti, ed assume una posizione obbliqua. Lo spinger l'utero in alto, ed all'innanzi, trae seco anche uno stiramento della vagina nella stessa direzione, e spesso anche un assottigliamento, ed allungamento dell'utero stesso. Il risultato dello spostarsi dell'utero in alto, ed all'innanzi, ed il conseguente stiramento della vagina, fa sì che, all'esplorazione

vaginale, la bocca dell'utero si trova più alta del normale, piuttosto dilatata, ed a collo accorciato.

Nell'ulteriore accrescimento del tumore nell'addome, e per la sua tendenza ad estendersi in alto, ed anteriormente verso le pareti addominali, i rapporti fra esso, e l'utero diventano inversi, cosicchè l'ultimo giace al disotto, e più o meno dietro la massa della ingrossata cisti; ed alcune volte avviene, che la pressione del tumore, quando occupa molto dello spazio addominale, sopra l'utero, la vagina, ed il retto, si fa all'imbasso, e tanto da cagionare spesso il prolasso di queste parti.

Mentre la cisti ovarica trovasi ancora entro alla pelvi, può come già s'è detto, cagionare difficoltà, e dolore nell'emettere le orine, per la compressione sull'uretra; quando però il tumore sorge dalla pelvi, la compressione, e le sue conseguenze, insieme al sentimento di peso, e distensione in quella regione, scompariscono, e possono a lor volta essere surrogate da incontinenza, od anche da parziale soppressione d'orina, e da vene varicose, ed edema delle estremità. L'incontinenza procede dalla pressione sulla vescica, e frequente suo spostamento per qualche estensione: mentre la possibile parziale soppressione dell'orina è il risultato della pressione sopra uno, od ambidue gli ureteri: conseguenza questa tuttavia, che non può verisimilmente accadere, che nel caso di un tumore solido, il quale abbia contratte aderenze posteriormente. È sotto simili condizioni, che noi osserviamo le vene varicose, e l'edema delle estremità, perchè nella maggioranza dei casi, si vedono anche grossi tumori poco disturbare la circolazione arteriosa, o venosa delle estremità inferiori.

Percussione. — L'accrescimento del sacco rende la fluttuazione più distinta alla percussione; il suono timpanico degl'intestini si sente più o meno da un lato del tumore, variando secondo le sue dimensioni, ma avente generalmente i suoi limiti ben definiti, e solo leggermente modificati dal cambiamento di posizione. All'inverso di quanto avviene nell'Ascite, la più completa ottusità dell'idrope ovarico occupa la parte più prominente del tumore,

mentre alle regioni superiori e laterali, specialmente sul lato sano si sentirà il suono chiaro intestinale; e la mancanza di risuonanza nel tumore può distintamente essere tracciata entro alla pelvi. La fluttuazione è più resistente che nell'Ascite, e giammmai si rileva la linea idrostatica del livello, così caratteristica dell'ultima malattia.

Col *palpamento*, i caratteri della parete della cisti possono essere rilevati, se cioè liscia, ed uguale, od irregolare, e bernoccoluta. Una cisti composta può spesso essere distinta da un sacco uniloculare, o semplice, dal suo minore, e meno esteso grado di fluttuazione, e meglio anche della sua ineguale superficie, e consistenza; perchè per lo più le cisti addizionali sono meno sviluppate, e si sentono solide, o quasi solide, od hanno un contenuto meno denso, e meno fluttuante, e sono più piccole. La distinzione di queste ineguaglianze si farà più facilmente, quando le nuove cisti sono sviluppate esternamente alla vecchia cisti, come sue propagini.

Un'esplorazione vaginale, o rettale, spesso scuoprirà cisti supplementarie, non avvertite all'esterno dell'addome, e ci offrirà altra valida cognizione, rispetto la condizione e relazioni, o aderenze del sacco.

Il cateterismo uterino ci fornisce un altro mezzo di diagnosi, ma io mi riferirò sul rapporto del suo uso ad una delle susseguenti pagine.

Ricapitolazione. — Per ricapitolare: — Quando con un tumore addominale, che aumenta lentamente, vi sono i segni generali di emaciazione, appianati o contratti i lineamenti; l'assenza di marcato edema delle gambe, di speciali sintomi dell'ascite, o di quelli di organiche lesioni, che possano produrlo; di nessuna notevole diminuzione dell'attività della paziente; di nessun grande deterioramento delle funzioni della vita, e dei segni caratteristici della gravidanza, possiamo sospettare che esista idrope ovarico. Quando la percussione rivela fluttuazione, ed in ogni cambiamento di posizione, il fluido si sente alla parte più prominente del tumore, mentre il suono intestinale è presente solamente ai lati, ed il suono matto si estende nella pelvi, l'idrope ovarico può essere più che sospettato, può presumersi che esista.

Quando in uno stadio anteriore, un'esplorazione vaginale e rettale, discuopra un tumore nell'insaccatura retto-vaginale, mobile nella sua posizione, e probabilmente con fluttuazione distinta, senza la presenza di sintomi di ernia, o del dolore di un'ovaja prolassata, noi allora possiamo essere quasi certi, che è una cisti ovarica idropica, e col tener dietro al progressivo incremento del tumore, corroborare la nostra convinzione. Com'anche devesi ricordare, che quando v'è una sola cisti, il tumore è generalmente più percettibile da un lato del corpo, e la sua superficie è sentita più eguale; ma che quando v'è una cisti composta, il carattere unilaterale del tumore è suscettibile di essere perduto, i sintomi ad essere più o meno resi oscuri, e la fluttuazione meno distinta.

Finalmente noi dobbiamo sempre aver presente alla mente, le molte alterate condizioni di organi, e funzioni, che possono essere, e furono confuse con l'idrope cistico e che io or ora descriverò per serie.

Diagnosi al microscopio. — Quando la esistenza della malattia cistica dell'ovaja fu constatata, si desiderò di guadagnare qualche più intima conoscenza della natura e condizione delle cisti, col mezzo di un esame microscopico del fluido estratto colla puntura. Il Dott. J. Hughes Bennett, in uno scritto sul *Morbo Ovarico*, pubblicato nel *Giornale Medico-Chirurgico di Edimburgo* (Vol. 15, 1846) esprime l'opinione, che tale esame sia di gran valore, e sembra disposto di fare assegnamento in assai considerevole estensione, sulle indicazioni che ne possono derivare. Egli così scrive: » *Vi può essere poco pericolo di confondere il fluido, che accompagna l'idrope cistico d'ovaja, con quello che si rinviene nell'idrope infiammatorio, o nel passivo. Nella peritonite noi troviamo filamenti primitivi misti a corpuscoli plastici e di pus, che non possono mai essere scambiati colle grandi cellule epiteliali osservate nel fluido dell'idrope ovarico. Nelle raccolte di fluido da malattia di fegato, quando non è combinata ad infiammazione, io non scoprii strutture qualsiansi.* »

Nelle sopradette rimarche, il Dott. Bennett sembra dimenticare le frequenti esistenze di prodotti infiammatorj

nelle cisti ovariche, sia di essudati, che di corpuscoli di pus.

Pochi anni fa, in unione col mio amico Dott. Nunn, io posi considerevole attenzione a questo punto, e sono debitore a quel gentiluomo del seguente aggiustato *résumé*. Convengo interamente nelle conclusioni trattine.

Il Sig. Nunn così procede — » *Il fatto, che il fluido estratto dalla cavità dell'addome coll'operazione della paracentesi, può essere, in un caso, il risultato del trasudamento della parte sierosa del sangue, in conseguenza di ostruita circolazione della vena porta; in altro il prodotto dell'azione infiammatoria del peritoneo; in altra una parte del contenuto di un' idatide; ed in altra la distendentesi secrezione di una cisti ovarica, potrebbe condurre uno ad immaginare, che le caratteristiche di ciascuno di questi fluidi potesse esser tale, da renderlo capace a decidere tosto della sorgente, dalla quale ciascuno fosse derivato; e che perciò la natura del fluido potesse esser diagnostico della malattia, che diede origine alla sua produzione. Nello stato presente delle nostre cognizioni, non credo, che giustificatamente possiamo asserire, che quello sia il caso. Io credo che il valore dell'esame microscopico del fluido sia, che può servire a corroborare un' opinione, ma che da solo non può deciderne. Ad illustrazione di quanto asserisco, potrei citare qualche analogo esempio: la presenza p. e. di cristalli prismatici di triplo fosfato nell'orina, indica l'esistenza di una morbosa condizione, che può essere tanto malattia locale, quanto un disordine generale: si richiede una conoscenza di altri sintomi prima di determinare, quale di queste due morbosità sia la presente; essere in possesso del fatto di trovarsi quel deposito nell' orina, è nonostante di grande importanza.*

» *Dobbiamo prendere in considerazione questi due punti.*

» *1.° Cos'è di particolare, che il microscopio rivela nel fluido di una cisti ovarica?*

» *2.° Quali sono gli errori, dai quali è lesa una diagnosi fondata sull'esame microscopico?*

In riguardo alla prima di queste questioni, sono inclinato a dire, come risultato di molti esami di differenti

specie di fluido ovarico, che la più costante caratteristica di questo fluido, è di contenere, in maggiore o minore abbondanza, cellule ripiene di granuli; ed in aggiunta i granuli circostanti avere la stessa misura di quelli racchiusi dalla parete cellulare. Una volta io ritenni il volume di questi granuli (seppure possonsi propriamente chiamare così) fosse costante: ma susseguenti osservazioni mi hanno convinto della inesattezza di questa conchiusione — il volume delle cellule ripiene, e dei granuli, varia grandemente anche ne' fluidi di differenti cisti della stessa ovaja.

» *Riguardo alla seconda questione, io avvanzerei in primo luogo, che i fenomeni dell' accrescimento della cellula sono per lo meno imperfettamente investigati, specialmente riferendosi alla fisiologia di cellule, che devono la loro esistenza ad un'azione morbosa; e che oltre ciò, sotto certe circostanze, il fluido ovarico può non essere contenuto entro ad una cisti, come p. e. quando una cisti venne a rompersi, ma può essere mescolato coll' effusione peritoneale, o coll' ordinario fluido dell' ascite, ed oltre a ciò, noi dobbiamo riflettere, che linfa e pus non raramente si trovano entro ad una cisti ovarica.* »

Aghi esploratori. — Il Dott. Simpson propose, quali ulteriori ajuti alla diagnosi, l'uso di una Sonda uterina, e di un Ago esploratore. L'ultimo non è, che un assai sottile trequarti d'argento con addattata cannula (*Giornale mensile di Scienza Medica d'Edimburgo,* V. 10, 1850, p. 197.) Il trequarti termina in una punta d'acciajo assai breve, ed il tubo della cannula è aperto da un lato per quasi un pollice dalla sua estremità, per ammettere più facilmente l'escita, attraverso il canale del tubo, di ogni fluido, nel quale l'estremità stessa potesse pescare. Alcune volte l'applicazione di un scifone aspirante, all'altra estremità dell'istrumento, è desiderabile, per produrre lo scolo lungo il suo tubo di un fluido più viscido qualsiasi. Il Dott. Simpson impianta questi aghi esploratori per determinare il carattere solido o fluido di un tumore, ed estraendone il fluido ove siavi, ottenere i segni diagnostici col microscopio. Io invariabilmente mi servo di

questo piano d'esplorazione, se non che trovo, che un assai sottile trequarti corrisponde ad ogni esigenza della pratica.

Valore diagnostico della Sonda Uterina. — Il Dott. Simpson propose l'uso della sonda uterina nel 1843 (*Giornale mensile d'Edimburgo*, 1843, p. 701), e la sua applicabilità nella diagnosi de' tumori pelvici fu constatata da varj eminenti pratici. Io trovai quest'istrumento specialmente utile nel decidere la diagnosi fra il tumore fibroso dell'utero, e l'idrope ovarico: materia di grande importanza, e frequentemente di grande difficoltà. Io non potrei senza ripugnanza incoraggiare un uso indistinto della sonda nelle malattie dell'utero: perchè non sarà che di rado, che vi sarà bisogno di distinguere molte malattie fra loro; e come un'offesa al viscere può facilmente risultarne, la sua introduzione dovrebbe essere fatta con grande accuratezza.

Nel suo eccellente saggio, il Dott. Simpson ha principalmente fatta risaltare l'utilità della sonda, o candeletta, nel distinguere un tumore uterino da uno estra-uterino. Egli così s'esprime = » *In altri esempj, dove il tumore non è uterino, noi ci siamo ripetutamente accertati del fatto, ed altri ne abbiamo resi certi, coll'introdurre da principio la sonda e così acquistando in una volta conoscenza dell'esatta posizione dell'utero, ed un controllo de' suoi muovimenti, e quindi procedendo in uno di questi tre modi — 1.° L'utero può essere ritenuto nella sua posizione con la sonda, ed allora coll'assistenza della mano sopra il pube, o da alcune dita in vagina, il tumore, se non è attaccato ai tessuti uterini, può essere smosso dall' utero già fissato. — 2.° Il tumore essendo tenuto nella sua posizione, può essere possibile di rimuovere l'utero da esso a tal grado, da mostrare di non essere fra loro connessi. — 3.° Od in luogo di tener l'utero fissato, e muovere il tumore, o fissare il tumore e muovere l'utero, ambidue possono essere smossi simultaneamente, l'utero col mezzo della sonda, ed il tumore col mezzo della mano, o delle dita, in opposto senso nella pelvi, per tale estensione, da dare anche concludente evidenza dello stesso fatto.* »

Inoltre, come il medesimo scrittore osserva, l'ovaja normalmente trovasi dietro all'utero, essendo attaccata alla superficie posteriore del legamento largo: per ciò un tumore ovarico occuperà una simile posizione. Quindi, se la sonda scuopre un tumore anteriormente all'utero, la malattia non è certamente ovarica.

Per ulteriori valutabili cenni, secondo la varia applicabilità della sonda nella diagnosi, io mi devo riferire allo scritto originale, dal quale ho tratto le rimarche sopracitate.

Come il Dott. Hughes Bennett osserva (*Giornale Med. Chir. d'Edimburgo*, 1846, p. 404) *in casi d'idrope ovarico la conoscenza così ottenuta è negativa: ma ciò diventa d'immensa importanza, quando sorge la questione = è il tumore uterino, od ovarico?* »

Più avanti alludendo ad un caso particolare, egli dice = « *Collo spingere l'utero da un lato all'altro, possiamo giungere ad agire sulle ovaje, ed a determinare coll'impulso communicato alla mano, se il tumore è al destro, od al sinistro lato, e formarci una sufficiente idea, in certi casi, se sia libero, o non aderente.* »

L'uso della sonda è applicabile in ogni stadio dell'idrope cistico, ma con più vantaggio ne' primi.

Diagnosi delle aderenze. — Avendo scuoperto un'idrope ovarico, la questione della cura sarà ognor più rischiarata, assicurandoci, ove sia possibile, se il tumore cresce libero da un peduncolo, od è attaccato con aderenze al peritoneo, od ai visceri circostanti. Per determinare ciò, la paziente dovrebbe giacere in posizione orizzontale, colle coscie flesse in modo da rilasciare le pareti addominali. Si farà da prima la prova di muovere la cisti da un lato all'altro, e se ciò puossi fare facilmente, sarà prova di assenza di aderenze; come anche, se quando la mano è tenuta ferma sulle pareti rilasciate, queste sono facilmente mosse sulle pareti della cisti, non vi saranno aderenze, almeno alle superficie laterali e superiore. Finalmente un terzo argomento contro la presenza di aderenze è deducibile, quando le pareti addominali, che sono sottili in questa malattia, possono essere afferrate e rac-

colte, e così mosse sulla cisti: e quando possono essere raccolte facilmente, senza sollevare la cisti stessa. Se s'incontrano queste tre indicazioni, possiamo stabilire, che non vi sono aderenze.

Un altro modo è stato suggerito, basato sull'estensione, a cui i visceri contenuti nell'addome sono spinti in basso durante una profonda inspirazione per la discesa del diaframma. Se non vi sono aderenze anteriormente, la superficie superiore del tumore ovarico discende per l'altezza d'un pollice durante una profonda inspirazione, essendo lo spazio, antecedentemente occupato dal tumore, ora riempito dagl'intestini: per conseguenza, se si praticasse la percussione sulla parte superiore del tumore durante un'ordinaria respirazione, se ne otterrebbe un suono ottuso; ma quando la paziente fa una profonda inspirazione, vi si rileva una risuonanza intestinale. (4)

Malattia maligna dell' Ovaja. — Io ho in una pagina precedente fatte alcune generali osservazioni sulla patologia della malattia cancerosa dell'ovaja; ed ora mi rimane solo di parlarne in relazione alla diagnosi.

Le pareti delle cisti ovariche cancerose sono grosse, ma inegualmente nelle diverse parti, ed irregolari e nodose alla loro superficie. È altresì vero, che è altrettanto delle cisti false, che alcune volte si scavano nel centro di una massa cancerosa, sia poi scirosa, fungosa, od encefaloidea.

Quando un'ovaja è attaccata da una malattia maligna, l'aumento del tumore è più rapido, il dolore che l'accompagna è tanto più grande, spesso lancinante, il costituto è ordinariamente molto più gravemente attaccato, la salute e la vigoria del corpo sollecitamente distrutte, le funzioni dello stomaco, e la nutrizione seriamente alterate, e pallido il colorito; infine la cachessia è generale. Nello stesso tempo, l'ingrossamento delle glandole addominali, l'evidenza di un cancro in altre parti, la disuguaglianza del tumore addominale, la spessezza e la densità delle sue pareti, e l'indistinta, od impercettibile fluttuazione, offrono ulteriore evidenza della terribile malattia, con cui hassi a fare.

La concorrenza di molti, o tutti i sintomi sopra menzionati, rende non difficile il diagnostico della malattia ovarica cancerosa. Kiwisch rappresenta i sintomi costituzionali, come alcune volte meno pronunziati, di quello che porti a credere la precedente descrizione. Egli scrive (p. 244): = » *Anche il carcinoma in molti casi non mostra riconoscibili particolarità nel costituto delle malate. Al cominciare della malattia principalmente, la così detta cachessia cancerosa non può essere dimostrata. Quest' ultima in generale non si osserva finchè, pel progresso della malattia locale, la massa del sangue siasi più o meno impoverita, ed il sistema nervoso simpaticamente alterato. Ma ciò può anche aver luogo in egual grado in altri tumori di sollecito aumento. Pertanto, quando s' incontrano individui rimarchevolmente cachetici, mentre non v'è considerevole deposito canceroso, noi dietro nostre osservazioni, dobbiamo affermare, che questa coincidenza di sintomi è accidentale.* » La prognosi, ove apparisca la malattia cancerosa, è necessariamente sfavorevole, e nessuna cura è giustificabile, eccetto quella di alleviare l' inferma. La puntura, e tutti i rimedj attivi e deprimenti, dovrebbero essere esclusi.

In un caso esposto innanzi la Società Medica di Londra nel 1850, dal Sig. Nunn, la malattia attaccò le due ovaje, e la donna, dell'età di 62 anni, morì dopo diverse copiose scariche di sangue dal retto. » *La destra ovaja presentava la più grande evidenza della malignità: la sinistra conteneva entro sè diverse cisti; il fluido in ciascuna di queste cisti differiva nella sua apparenza da quello delle altre. Le cellule ripiene, che si disse essere proprie del fluido ovarico, furono trovate in tutte in maggiore o minore quantità. La destra ovaja era situata più alta nella pelvi, ed era più abbondantemente fornita di sangue. L'arteria spermatica, che vi entra per la parte superiore era eccessivamente tortuosa. In aggiunta a questa, branche dalla colica destra, emorroidale superiore e media, epigastrica, iliaca interna, e delle arterie uterine, s' aggiungevano ad alimentare il tumore. L' uretere impegnavasi nel peduncolo dell' ovaja. L' utero, erasi spo-*

stato dal centro ad un lato della pelvi, ed era talmente situato, che il suo grande asse era diretto trasversalmente. Aperto che fu, non presentò, alcun indizio di malattia, benchè sformato, essendo diviso in un compartimento superiore ed uno inferiore. La bocca dell' utero era perfettamente sana, ed aveva le apparenze di appartenere ad un utero vergine. La vagina e la vescica erano quasi normali; il retto circa un pollice e mezzo dal suo ultimo termine, era perforato da un'apertura circolare, larga abbastanza per ammettere tre dita: del resto questo viscere era normale. L'apertura formava il mezzo di communicazione fra il retto, ed una massa cancerosa grandemente vascolarizzata, situata innanzi ad esso, e dietro la vagina e l'utero. Questa massa, se originata in uno degli organi summentovati, deve esserlo stata negl' indumenti esterni, dacchè la mucosa interna di tutti, eccettuata l'accennata apertura, era sana nel modo che si rinviene in individui di avvanzata età. Il cieco veniva stirato dal suo posto nella fossa iliaca destra nel mezzo del ventre, non era però spostato dall'ovaja ingrossata, ma per motivo della tensione del peritoneo. Deposito carceroso fu trovato nel petto, ed in varj altri organi. »

Io ebbi diversi casi di malattia ovarica maligna sotto la mia propria cura. Di tali, due erano inferme nell'Ospitale S. Maria, nelle quali la malattia cancerosa aveva attaccati tanto l'utero, che gli intestini, in un coll'ovaja affetta.

Kiwisch ha posta considerevole attenzione alla diagnosi della malattia maligna, e pseudo-maligna dell'ovaja, ed io sono condotto a citare alcune delle conclusioni, alle quali egli è giunto, e concordano con quelle, che derivano dalla mia propria esperienza.

» *Quando un grande tumore consiste in ispecial modo di piccole cisti, che è particolarmente il caso nelle meno estese degenerazioni alveolari, non presenta fluttuazione all'esterna percussione, nel qual caso richiede un senso tattile esperimentato per scuoprire la natura del tumore mediante il palpamento. Nelle degenerazioni alveolari, e nel cisto-sarcoma, la fluttuazione è indistinta anche nei grandi tumori, in proporzione della spessezza delle loro*

pareti. In ambedue queste ultime forme di malattia, le parti inferiori del tumore, per quanto sono accessibili attraverso la volta vaginale, ed il retto, giammai presentano fluttuazione, ma si sentono spesse, elastiche, e generalmente abbastanza uniformi; nelle cisti composte al contrario, la fluttuazione delle differenti cisti frequentemente si estende entro alla pelvi.

» *Lo sviluppo del tumore può anche fornire qualche dato diagnostico. Così cisti composte, anche quando siano di piccolo volume, formano de' corpi, che consistono di cavità cistiche fluttuanti, mentre la degenerazione alveolare, il cisto-sarcoma, ed il cancro cistoide primitivo, sempre procedono da un tumore solido, e soltanto cominciano a fluttuare dopo un considerevole sviluppo. Anche la durezza nel cisto-sarcoma sempre rimane molto marcata, mentre le degenerazioni alveolari presentano costantemente una grande elasticità.* » (5)

Malattie suscettibili di essere scambiate coll' Idrope Ovarico. — L'importanza di una retta diagnosi, la difficoltà di arrivarvi, e la facilità perciò, colla quale uno può ingannarsi, mi saranno di giustificazione per fermarmi più a lungo sopra questo soggetto, che altrimenti non sarebbe necessario. Le principali malattie suscettibili di essere scambiate per l'idrope dell'ovaja sono =

1. La Retroversione, e Retroflessione dell'Utero.
2. I Tumori dell'Utero — *a.* solido — *b.* fibro-cistico.
3. L'Ascite.
4. La Gravidanza.
5. La Gravidanza complicata ad Idrope Ovarico.
6. I Tumori cistici dell'Addome.
7. La Vescica distesa.
8. L'Accumulazione di Gas negl' Intestini.
9. L'Accumulazione di Feci negl' Intestini.
10. L'Ingrossamento del Fegato, della Milza, dei Reni, od i Tumori aventi connessione con questi visceri.
11. L'Ernia retto-vaginale, e lo spostamento dell'Ovaja.
12. L'Ascesso pelvico.
13. La Ritenzione del fluido mestruale per imene imperforato.
14. L'Idrometra.

1.° *La Retroversione dell'Utero* può essere confusa con i primi stadj dell'idrope ovarico, quando il tumore è situato nella cavità pelvica fra il retto e la vagina: ma un esame accurato dell'utero deciderà il soggetto. Nella retroversione, la bocca dell'utero è spinta all'innanzi ed in alto, il corpo dell'utero è immobile, il dolore è forte e straziante, e la vescica è generalmente distesa. Non è così nell'idrope ovarico.

La Retroflessione dell'Utero, che è stata bene descritta dal Dott. Rigby, più davvicino rassomiglia all'idrope ovarico. Ma con un esame colla sonda uterina, si può riconoscere lo spostamento, e con accurate manovre, il fondo dell'utero può essere restituito alla sua naturale posizione.

2.° *Tumori dell'Utero.* — a. *Tumori solidi*, e particolarmente quelli che nascono dall'esterno dell'utero con peduncoli distinti, possono a prima vista essere scambiati coll'idrope ovarico, ma un diligente esame, prima dell'utero stesso, e quindi del tumore, in cui non si scuoprirà nè elasticità, nè fluttuazione, varrà per lo più a presto determinare il punto. Nonostante, le difficoltà della diagnosi spesso sono considerevoli, come è dimostrato dai molti ricordati casi d'errore, ne' quali il carattere solido del tumore non fu discoperto, fino a che l'addome non fu aperto, nell'intento di eseguire l'Ovariotomia. Un caso istruttivo di questa specie è stato pubblicato dal Dott. Myrtle (*Giornale Mensile di Scienze Mediche*, Vol. 12, 1851, p. 229), il quale ha parimenti raccolte parecchie note di simili esempj.

Il caso del Dott. Myrtle, fu operato 25 anni prima della morte, avvenuta per apoplessia. L'operazione fu eseguita dal Sig. Lizars, ed una descrizione di questa fu da esso lui pubblicata. Egli stabilisce, che all'apertura del peritoneo (*Osservazioni sopra l'estrazione di un'Ovaja malata*, p. 19, 20, 1825) » *una moltiplicità di intrecciati vasi si presentarono, di vario volume, dalla grossezza di un dito a quella di una penna di corvo .....; ad un minuto esame, si trovarono dessi, non essere che vasi sanguiferi del grande omento, enormemente dilatati, ser-*

peggianti sulla superficie, e nella sostanza del tumore, che apparve per un'ovaja ingrossata. » L'idea dell'estirpazione era abbandonata; ma il Sig. Lizars punse, e fece un'incisione nel tumore, che si mostrò solido, e cartillagineo, e diede poco sangue. Non fu che quando l'autopsia provò il contrario, che l'opinione dell'origine ovarica di questo tumore, dovette cambiarsi. Un grado di ascite coesisteva con esso, » *e la difficoltà della diagnosi era non poco accresciuta a motivo del particolare effetto delle assai forti aderenze, dividendo l'addome longitudinalmente quasi in due cavità, essendo nel suo centro il solido fibroso tumore.* » Sane si trovarono le due ovaje, e nella loro naturale posizione; il tumore era attaccato al fondo dell'utero mediante un peduncolo, della lunghezza di due o tre pollici circa, formato da una falda del peritoneo. » *L'Utero era talmente atrofizzato, da fare una ben leggera, disuguaglianza nell'apparenza della vagina e del peduncolo, e soltanto poteva assai poco esserne distinto mediante il tatto, dacchè essi presentavano quasi la medesima larghezza e spessezza, ed occupavano press'a poco la stessa linea mediana.* » (6) (7) (8)

b. *Tumori fibro-cistici dell'Utero.* — La diagnosi fra questi tumori assai rari, ed il morbo ovarico cistico deve essere più difficile anche del caso di tumori solidi. Invero io non conosco caratteri distinti fra i due. L'incertezza che deve esistere è illustrata da un caso pubblicato dal Sig. Kewett, dell'Ospitale S. Giorgio, nel *Giornale di Medicina di Londra per il Giugno, 1850:* — » *Una donna nubile, dell'età di anni 47, era ammessa nell'Ospitale S. Giorgio, sotto la cura del Dott. Wilson, con grande gonfiore, e distensione dell'addome; i sintomi, che erano esistiti per circa dodici mesi, erano stati da prima limitati alla fossa iliaca sinistra, ma in seguito si erano diffusi sulla più gran parte del ventre. La fluttuazione era molto evidente in varie regioni, e la malattia presentava tutti i caratteri dell'idrope ovarico. Eravi edema alle gambe, come anche dolore alla regione del cuore, e difficoltà di respirare nel montar le scale. La salute generale non era stata troppo danneggiata, ma negli ultimi tempi si*

era dimagrita. I menstrui avevano mancato negli ultimi sei mesi; e l'orina era scarsa, e molto acida. Essa fu sottoposta ai diuretici e ad un largo vitto. Dopo cinque giorni si trovò, che era diminuita di due pollici in circonferenza attorno all'addome, e che vi era anche assai minore gonfiezza ai piedi. Sotto questo piano di cura sembrò ad essa di migliorare leggermente: ma i sintomi, e le dipendenti sofferenze avendo in seguito aumentato, il Sig. Hawkins punse l'addome, e ne ritirò quindici pinte di un fluido denso, e di un colore rossastro, misto sul finire con sangue, ed alcuni fiocchi di linfa. Dopo l'operazione, si esservò, che la diminuzione in volume era avvenuta principalmente al sinistro lato, e furono scoperte due masse di sostanza solida, che apparvero formar parte di un tumore che sorgeva dalla pelvi. L'operazione era da prima seguita da un marcato sollievo; ma due giorni appresso apparvero sintomi di profonda peritonite, e la paziente morì otto giorni dopo di essere stata punta.

» *Il cadavere era esaminato 18 ore dopo la morte. La cavità del peritoneo conteneva una grande quantità di liquido di colore scuro, commisto a fiocchi di linfa effusa di recente, che serviva ad incollare assieme le circonvoluzioni intestinali. Ne' suoi due terzi inferiori l'addome era occupato da un gran tumore, che, sorgendo dalla pelvi, aveva spostati gl' intestini, ed era attaccato per leggiere aderenze alla parete anteriore del ventre. La parte superiore di questo tumore era composta di grandi cisti di apparenza membranosa, con sottili pareti, l'interno delle quali era infiammato, e ripieno di una quantità di fluido denso e di colore scuro. Vi era una di queste cisti, la quale era stata punta durante la vita. Verso la sua parte inferiore il tumore era principalmente formato da una sostanza più solida, e ripieno di un numero enorme di cisti, varianti in volume, da quello di una testa di spilla a quello di un grande arancio. Queste cisti, che erano tutte tapezzate da una sottile, liscia e delicata membrana, erano ripiene di un fluido chiaro, contenente una grande quantità di albumina. La massa morbosa fu creduto da prima connessa con un' ovaja: ma si trovò che*

ambidue questi organi trovavansi dietro di essa, ed erano del tutto sani. Ad un' ulteriore ispezione si rinvenne esistere il tumore al destro lato del fondo dell' utero, alla qual parte egli era connesso col mezzo di un peduncolo, della spessezza di due pollici, e della lunghezza di un pollice e mezzo, formato dalle fibre dell' utero, le quali si potevano seguire fino a qualche distanza, e quindi si perdevano. Fra queste fibre erano alcuni vasi di grosso calibro. Qua e là, nella inferior parte del tumore, erano disseminati alcuni gruppi di tessuto fibroso duro, stipato e senza alcuna cisti. Nel corpo dell' utero, profondamente innicchiato nella sua sostanza, vi era un ordinario tumore fibroso del volume di una fava. Non eravi qualsiasi affezione di alcuna delle glandole. Gli altri visceri dell'addome e del torace erano sani. »

3.° *L'ascite* può essere, ed è più frequentemente scambiata per una malattia cistica dell'ovaja; ed in verità, quando l'addome è eccessivamente disteso, la storia del caso può maggiormente assistere, di quello che la percussione, e l'esame manuale. L'ascite è per ordinario il risultato di cronica peritonite, di malattia cardiaca, epatica, o renale, ed il suo apparire è preceduto, ed accompagnato dai sintomi di tali malattie, e da maggiore deperimento del corpo; mentre l'idrope ovarico generalmente comincia solo con un piccolo incomodo nei visceri pelvici, essendo del resto sana la paziente. Di più, nell'idrope cardiaco e renale, non vi è solo ascite, ma ben anche anasarca; e noi traggiamo pure distinzioni addizionali fra l'idrope dell'ovaja, e qualsiasi altro dell' addome, dall'evidenza negativa, come = dall'assenza dei segni particolari e generali ben conosciuti di organica malattia di cuore, di fegato, o di reni, dalla inefficacia di purganti drastici, e dei diuretici, a produrre qualsiasi diminuzione comparativa del tumore.

Alcune volte vi è una complicazione dell'idrope ovarico coll'effusione peritoneale, ed allora può generalmente essere scoperta la cisti ovarica flottante nel liquido circumambiente, e sospettato il suo attacco ad una, od all'altra ovaja. Un'effusione di questa specie può essere la conseguenza

del confricamento, od irritazione del sacco ovarico contro il peritoneo, che cagiona una cronica peritonite.

Nei primi stadj la percussione accuratamente praticata potrà spesso determinare la diagnosi. La mancanza di risuonanza nell'inferior parte in tutte le posizioni, con suono timpanico in tutti i livelli più alti di tutte le posizioni, indicano l'ascite, perchè in questa malattia il fluido sempre gravita verso la parte inferiore della cavità addominale, e gl'intestini in luogo di essere spostati in alto, ed ai lati, come accade nel tumore ovarico, sono flottanti come in un'idropica effusione. Il palpamento anche scuopre un tumore elastico circoscritto nella prima malattia, ed una fluttuazione diffusa nell'ultima, nella quale anche la gonfiezza è più equabile nel suo carattere, e non più dura in un punto, che in un altro.

Tuttavia negli ultimi stadj dell'idrope ovarico, quando il ventre è enormemente disteso, la fluttuazione diviene più diffusa, quasi come nell'ascite, e la parete ineguale e limitata della cisti non può essere scuoperta. (9)

4.° La *Gravidanza* non infrequentemente è confusa con l'idrope ovarico, e che ciò possa avvenire non è da sorprendere, quando uno si ricordi, che il principio della malattia ovarica è alcune volte accompagnato da molti dei primi sintomi della gravidanza, benchè la storia del caso, la sua durata e corso, ed un accurato esame dell'utero — stetoscopico e manuale — ci toglierà dall'errore. I segni stetoscopici non saranno profittevoli, quando il feto è morto, ed essi anche ci possono far cadere in errore, perchè in un tumore ovarico, oltre le vene che vi serpeggiano sopra » *Arterie* (dice il Dott. Churchill) *possono anche trovarvisi, e pulsanti qualche volta; ed in un tal caso io osservai un distinto rumore di soffietto, come il soffio placentale: quando si sente il cuore fetale, ogni dubbio sarà dissipato. L'esame manuale scuoprirà il ben conosciuto stato della bocca e del collo dell'utero, se vi è gravidanza, e col ballottamento ci possiamo assicurare della presenza del feto; mentre esternamente si possono sentire i muovimenti attivi. La fluttuazione del tumore generalmente sarà un indizio di una cisti ovarica:*

ma nel medesimo tempo dobbiamo ricordarci, riguardo all'idrope dell'amnio, che la fluttuazione può anche essere percettibile nell'ingrossamento da gravidanza. »

Il pericolo di confondere un'idrope ovarico colla gravidanza non può esistere in casi di un tumore, che si prolunghi oltre il periodo usuale della gestazione: eccettuato però in quei casi molto rari di fetazione estrauterina, nei quali l'embrione si fece cistico. Un caso interessante di gravidanza ovarica della durata di dodici anni, con un feto perfettamente maturo, è riferito nel *Giornale Mensile di Scienza Medica*, Vol. 13, 1851, p. 478.

Ultimamente venne a mia notizia un caso, nel quale la gravidanza era stata presunta da più d'un uomo dell'arte: ma l'inferma, trovando, che non aumentava di volume, mentre si moltiplicavano varj sintomi costituzionali, determinossi consultarmi. Servendomi di una sonda uterina, conchiusi, che non era gravida, ma che soffriva, d'una voluminosa cisti ovarica, con un contenuto denso caseoso, diagnosi che fu confermata dalla successiva puntura. Immediatamente dopo io era consultato da un'altra paziente, supposta portare una cisti ovarica, e la trovai invece, al mio arrivo, sotto lo stato di parto prematuro nel 5.° mese. ([10])

5.° *Gravidanza complicata con Idrope Ovarico.* — Questo è forse il più difficile di tutti a distinguere e determinare. Cogli ordinarj mezzi noi possiamo scuoprire la gravidanza, ma facilmente passa inosservato l'idrope ovarico, a meno che desso non sia stato scuoperto prima del concepimento. È pertanto assai necessario di apprendere la storia della paziente, quando avvi una non ordinaria distensione dell'addome, oltre quella comune nella durata della gravidanza. Anche, se un rigonfiamento idropico sia riconosciuto in aggiunta a quello della gravidanza, egli è non inverisimile di supporlo di carattere ascitico; tuttavia nell'ascite il fluido si potrà raccogliere, anche per fatto della posizione, all'innanzi dell'utero, mentre nell'idrope cistico il tumore sorge dietro all'utero, nè alcun cambiamento di posizione farà comparire il suo fluido anteriormente a questo. Di più in generale, l'utero

sarà innalzato dalla cisti, e la sua bocca sollevata al di là della portata del dito. Quando la cisti ovarica è tuttavia nella pelvi, l'esplorazione vaginale e rettale, faranno conoscere la presenza di due tumori. Sotto tali circostanze le sofferenze dalla compressione debbono verisimilmente essere molto grandi.

Nella complicazione in questione, è il determinare l'esistenza della gravidanza, che è di principale ed assoluta importanza. Se ciò sia rilevato, ulteriori procedimenti saranno regolati, dal periodo al quale la gravidanza è giunta, dal volume e relazioni del tumore, e dai suoi possibili effetti nel processo del parto. Non è mio còmpito tuttavolta, di entrare nelle indicazioni delle manovre di liberazione sotto tali difficili circostanze.

Mi sono incontrato con diversi casi di questa complicazione. In uno, la donna era gravida del suo secondo figlio. Io la trovai malata nel generale e debole, lagnandosi dell'enorme volume del ventre, e soddisfatta nel suo spirito per poter forse avere due gemelli. All'epoca ordinaria il parto ebbe luogo, e senza difficoltà partoriva un figlio: ma ponendo esternamente la mia mano per abbracciare l'utero, non potei sentirlo, perchè la pelvi era ripiena di un freddo, soffice ed elastico tumore, e l'utero era asceso fuori della cavità della pelvi, ed era sotto questo tumore, che riconobbi essere una cisti ovarica. Cercando di arrivare all'utero, per estrarre la placenta, e premendo l'altra mia mano esternamante sull'utero stesso, sentii il tumore rompersi improvvisamente, e scaricare il suo fluido chiaro e color ambra lungo il mio braccio. Allora l'utero discese, la placenta fu rimossa, ed applicata un'assai stretta fasciatura, che fu tenuta per parecchie settimane. In un parto successivo, non si potè sentire alcun vestigio di questo tumore. In un secondo caso, l'inferma liberavasi felicemente di un feto a termine, ed in appresso punsi la cisti, ne ritirai sedici pinte di fluido, ed applicai una stretta fasciatura. In un terzo caso, l'inferma partorì in campagna, e venne direttamente da me dopo il parto. La puntura e la compressione riuscirono felicemente nei tre menzionati casi.

6.° *Tumori Cistici dell'Addome.* — Questi alcune rare volte si sviluppano nel sacco del peritoneo, od esternamente ad esso nella parete addominale, od anche più raramente nell'omento, nel mesenterio, od in connessione col fegato, o col rene. Tali cisti sono alcune volte il risultato di idatidi. Ma qualunque sia la loro natura, essi sono frequentemente distinti con difficoltà, od anche affatto, dalle cisti ovariche. Quelli, che dipendono dal fegato, o dal rene, sono i più facili ad essere confusi con esse. Nell' indagar una diagnosi, ove il tumore sia di grande volume, ci dobbiamo attenere principalmente alla storia del caso. Dobbiamo apprendere in qual punto il gonfiore si mostrò per primo, quale funzione fu segnatamente disturbata, dove il dolore fu più intenso.

La produzione delle cisti dal rene, o dal fegato, è necessariamente accompagnata da maggiori disordini funzionali, e da più grandi sofferenze del generale, che la maggior parte delle idropi ovariche, oltre di che la località de' primi segni della malattia è affatto differente. Le cisti dell'omento, e del mesenterio, sono molto rare, ed appena un pò meno quelle del peritoneo, e della parete addominale; nelle due prime, sono attendibili maggiori disturbi funzionali; negli ultimi, la rassomiglianza alle cisti ovariche è anche più grande: vi è un leggiero disordine costituzionale, e, come nell'idrope dell'ovaja, la gonfiezza non è uniforme, e la fluttuazione non così diffusa ed evidente come nell'ascite; può essere che nell'idrope estra-peritoneale, la prominenza del tumore sia più marcata anteriormente, che nella forma ovarica.

Il Dott. Simpson descrisse (vedi Estratto nel *Giornale dell'Associazione Medica*, Febbrajo 10, 1854, p. 157) innanzi la Società Medico-Chirurgica di Edimburgo, un esempio di idatidi rinvenute nella cavità peritoneale, ed esterne ad una grande cisti ovarica. » *La loro origine era rintracciabile nella membrana peritoneale basilare, da cui esse erano nate; e nel corso di loro accrescimento probabilmente projettarono nella cavità del peritoneo, e susseguentemente se ne distaccarono.* » L'inferma era stata in antecedenza punta senza la sortita di alcun fluido, la

distensione dell'addome era più grande, di quello che il Dott. Simpson avesse mai veduto; vi era fluttuazione, più particolarmente nel mezzo della tumidezza. Egli è molto dubbio, se un sacco ovarico poteva essere scuoperto sotto tali circostanze, e bisogna confessare, che la nostra diagnosi sarà per lo meno vaga in molti casi di tumori cistici addominali.

Il Sig. Harvey riferì un caso di grande interesse alla Società Medica di Londra, di supposto idrope ovarico. Fu stabilito per l'Ovariotomia, ma non fu eseguita, e quando la paziente morì, si trovò che la malattia era una cisti idatica connessa con il fegato, senza che alcuna malattia ovarica esistesse.

Il seguente caso avvenne al Dott. Buckner degli Stati Uniti (*Rivista Medico-Chirurgica*, Gennajo 1853, p. 293.) Questo è preso dal *Giornale Americano di Scienze Mediche*, Ottobre 1852. » *Il caso essendo stato diagnosticato come ovarico, ed essendosi decisa l'operazione, fu praticata un' incisione lunga nove pollici dall' ombellico al pube; in allora si trovò, che il tumore non era ovarico, ma situato nel mesenterio, fra le lamine del peritoneo, e circondato dagl' intestini tenui. L'Operazione fu continuata, il tumore dissecato, e l'arteria mesenterica superiore, ed altre piccole arterie legate. L'ammalata guarì, e ad onta della grande separazione del mesenterio dall' intestino, non seguì alcuna apparente trista conseguenza di qualsiasi genere.* » Questo è certamente il passo il più azzardoso del processo operativo, in cui io mi sia imbattuto, ed in cui certamente il nostro Collega Transatlantico sia venuto a capo. (11) (12)

7.° Una *Vescica Orinaria distesa* è stata scambiata per una cisti ovarica. Una volta viddi un caso di questo genere in una giovane Signora nubile della campagna, e dell'età di anni 23. Essa affermò, che era stata sotto cura per quattro mesi, per » *una procidenza dell'Utero*, » ma che durante l'ultimo mese questa aumentò d'assai nel ventre, e che il suo Medico ritenne che essa soffrisse d'idrope ovarico. Io sentii un tumore rotondo, levigato, del volume di una testa di feto, sorgente dalla regione pu-

bica, con distinta fluttuazione. Essa mi disse, che per alcune settimane aveva emesso assai poca orina, ed anche in poca quantità ogni volta. All'esplorazione vaginale, io scuoprii un utero retroverso, la bocca ed il collo prementi fortemente contro il collo della vescica. Riponendo l'utero mediante la sonda uterina, e premendo sul tumore attraverso la parete addominale, l'orina sfuggì per l'uretra: allora introdussi un catetere ed estrassi sette pinte di orina scura e fetente, ed il tumore d'un subito disparve.

8.° *L'Accumulazione di Aria negl'Intestini*, specialmente se vi è stata cronica peritonite, che abbia lasciato qualche fluido ascitico, può essere scambiata per un idrope cistico; un tal caso venne a mia cognizione qualche tempo fa, e la mia diagnosi venne verificata dall'esame necroscopico. Per lo più la timpanite non è scambiata. L'Anestesia col cloroforme alcune volte decise la diagnosi.

9.° *L'Accumulazione di Feci negl'Intestini*, è un altra condizione, che è stata scambiata per un idrope ovarico. Una volta ho veduto un caso d'idrope semplice cistico d'ovaja, che nel suo primo stadio fu considerato da un distintissimo Chirurgo in Londra per un'accumulazione di Feci. Il caso fu curato mediante la puntura e la compressione, ed il risultato ne fu una guarigione permanente.

10.° *L'Ingrossamento dei Visceri dell'Addome*, specialmente del fegato, della milza, o del rene. Io potei illustrare questo soggetto rammentando alcuni casi curiosi di errore nella diagnosi, in connessione con ciascuno di questi organi; e solamente noterò, che in questi casi noi generalmente abbiamo de' gravi sintomi costituzionali manifestanti la natura della malattia (Vedi anche le rimarche sui tumori cistici, pag. 62.) ([15])

L'eccessiva produzione di adipe nell'omento, e nelle pareti addominali è stata confusa con l'idrope cistico: un tal caso fu menzionato nell'opera del Sig. Lizars. (Lizars J., *Osservazioni sull'Estrazione dell'Ovaja ammorbata.* Edimburgo 1852.)

11.° *Ernia retto-vaginale, e spostamento dell'Ovaja nello spazio retto-vaginale.* Il modo di diagnosticare queste con-

dizioni de' visceri pelvici è di già stato discusso. (Vedi p. 41). *I Tumori* anche limitati a quello spazio — i *retro-uterini* di alcuni autori — (per le osservazioni del Sig. Huguier, vedi l'*Unione Medica*, Maggio 31, 1851; e sulle *Cisti pelviche sanguigne* del Dott. Tilt, vedi la *Lancetta*, 11 Decembre, 1852) — possono essere distinti dagli ovarici pei differenti segni di questi ultimi già mentovati (p. 41).

12.° *Gli Ascessi pelvici, e del psoas* possono generalmente essere scoperti senza difficoltà, riferendoci alla storia degli anamnestici del caso, paragonata con la presente condizione della salute della malata. Dessi generalmente riscontransi in persone di abito strumoso, ma possono anche essere il risultato di una violenza, o di un traumatismo, e sono preceduti da considerevole alterazione del costituto, risultato della febbre infiammatoria. Un polso frequente, calore alla pelle, perdita dell'appetito, secrezioni diminuite, ed uno o più distinti accessi di freddo, sono fra i sintomi generali. I segni locali sono un senso di fluttuazione non bene distinto, e specialmente poi grande sensibilità ed intolleranza al palpamento esercitato su di essi.

13.° *Ritenzione del fluido Mestruale da Imene imperforato.* — Il Sig. B. Travers racconta (*Lancetta*, 1849, Vol. 2. p. 387) un caso di questo genere, che era scambiato per una malattia ovarica. Una giovanetta era ricevuta nell'Ospitale S. Tommaso, sotto la cura del fu Dott. Williams. L'addome era assai disteso, ed all'esame la malattia fu supposta essere ovarica; un esame per la vagina scoprì un tumore fluttuante, il quale essendo punto con una lancetta, diede esito ad un catino di fluido mestruale. Lo stato di salute di questa giovanetta era cattivo; mostravasi anemica, emaciata, e non poteva dormire: v'erano anche altri sintomi per garantire il sospetto, che vi fosse malattia organica; ed egli (il Sig. Travers) pensò, che la condizione illustrata da questo caso, potesse essere classificata fra quelle suscettibili di essere scambiate col morbo ovarico.

14.° *L'Idrometra* in molti punti si rassomiglia alla Ritenzione del fluido mestruale. Non è dubbio che l'Idrometra non sia una condizione patologica molto rara, e come l'idrope ovarico, non cagioni grande alterazione nella salute. La storia del caso ci assisterà nel distinguere questa forma d'idrope da quella delle ovaje, però l'uso della sonda uterina ci si presenta come il mezzo più pronto per potervi giungere.

CAPITOLO V.

Cura dell'Idrope Ovarico.

Una grande varietà d'opinioni esiste in professione sulla facoltà d'intervenire in una malattia, che è di rado di carattere maligno, e che alcune volte esiste per molti anni senza distruggere la vita, o materialmente alterare la salute generale. Per molti anni il soggetto non attrasse che poca attenzione, ed i pratici per la massima parte di null'altro contentavansi, che di pungere l'inferma, allorquando la distensione diveniva urgente. Sull' ultimo però il soggetto eccitò l'attenzione, che giustamente merita, dacchè assale un gran numero di donne, particolarmente durante il periodo procreativo della vita, e per dir il meno, tende ad abbreviare l'esistenza, ed a rendere la paziente in alto grado inatta al lavoro, ed incapace dei godimenti sociali della vita. Oltre a ciò, fu provato, di essere in tanti casi curabile, da giustificare il tentativo di cura in quasi tutti.

Rimedj generali. — L'uso dei soli rimedj internamente, per ottenere l'obbliterazione d'una cisti ovarica, anche nel primo stadio, non offre quasi alcuna speranza, benchè quando è congiunta con mezzi chirurgici, può essere di considerevole efficacia. Se una malata accusa del malessere e del dolore in una regione iliaca, dobbiamo sospettare un'affezione ovarica: ma finchè una cisti non si fa evidente nella pelvi, non possiamo essere certi di avere da fare con quella malattia, e per conseguenza i nostri rimedi possono essere solo d'un'azione generale, e tale, da combattere l'apparente irritazione, congestione, od infiammazione. Anzi quando una cisti è sviluppata, e noi siamo abbastanza fortunati di scoprirla ne' suoi primordj, si useranno i mezzi medicamentosi per tentare di arrestare il suo ulteriore accrescimento, ed ottenerne la sua atrofia. Così l'applicazione di mignatte, di coppette, e la contro-irritazione sono indicate, quando è evidente

un'azione morbosa attiva, o quando mancano i mestrui; e quando questi sono deficienti le preparazioni di jodio internamente ed esternamente, dovrebbero essere con perseveranza impiegate. Dacchè di più, uno stato di perfetta salute è contrario al progresso di qualsiasi processo morboso, è indicata l'amministrazione di tonici, e di agenti per promuovere l'adempimento naturale delle diverse funzioni. Fra i varj tonici, il joduro di ferro godette di considerevole riputazione. Io frequentemente l'ordinai nei varj stadj del morbo ovarico, ed ottenni un miglioramento grande nella salute del generale, ma giammai vidi che producesse qualsiasi effetto sul tumore, come alcuni pensarono avvenisse. Il mercurio, i diuretici, e purgativi, benchè utili sotto particolari circostanze, debbono piuttosto essere tralasciati, a motivo della loro influenza pregiudicevole sulla salute e sulla robustezza; essi non hanno eguale influenza nel diminuire l'idrope ovarico, come si è osservato nell'ascite.

Il Dott. Watson così si espresse riguardo all'uso dei rimedj (*Principj e Pratica di Medicina*): — » *La mia posizione, come Medico d'Ospitale, portò a mia cognizione molti casi di tumori ovarici ad un periodo assai recente di loro sviluppo. Ho curato tali casi assiduamente coi rimedj contro l'infiammazione cronica: frequenti applicazioni topiche di mignatte, e l'uso del mercurio, finchè le gengive ne erano prese; coi rimedj contro l'idrope ordinario: i diuretici, ed i purgativi drastici; e con rimedj ritenuti specifici: il liquore potassico, e le varie preparazioni di jodio; e devo onestamente confessarvi, che non sono in grado di contare un solo esempio di successo.* »

Io stesso specialmente nei passati anni ho fatto largo esperimento del jodio, e de' suoi sali, nella cura dell'idrope ovarico; ma non posso contare alcun esempio, in cui lo abbia trovato efficace anche in piccolo grado. Ho applicato la tintura sola, come pure sotto forma d'unguento, alle pareti addominali, ed all'interno delle coscie, dove si può supporre, che agisca più prontamente. Prescrissi anche in combinazione del suo uso esterno, l'interna amministrazione del joduro di potassio, cominciando

da cinque grani tre volte al giorno, e gradatamente crescendone la dose.

L'uso del jodio esternamente ed internamente ebbe molti fautori, probabilmente pel suo conosciuto effetto nel produrre l'assorbimento, in particolare in alcuni organi glandolari parenchimatosi, come la mammella ed il testicolo. Però quando noi consideriamo la patologia delle cisti ovariche, piccolo è l'incoraggiamento, che possiamo ritrarne nel tentare di procurarne il loro assorbimento, mercè il jodio, ed anzi mediante qualsiasi rimedio: quindi è, che non li dobbiamo trascurare, ma soltanto come accessorj. Non ostante ho a temere, che la dose del jodio alcune volte sia stata portata tropp'oltre, e che la salute della paziente ne sia stata danneggiata. La dose del joduro di potassio è stata aumentata, sebbene gradatamente, a venti grani: e nello stesso tempo il jodio è stato applicato esternamente: ed il tumore dietro ciò fu constatato, in alcuni casi essere divenuto più molle; ma questo scopo non si ottenne senza danno dell'economia, nè, come mostrano i casi riferiti, senza gran pericolo d'aver eccitata infiammazione nel sacco, peritonite, e febbre irritativa, ed infiammatoria.

Nel sempre desiderevole sforzo di ristorare e sostenere la salute della paziente, si dovrebbero impiegare, anche i mezzi igienici: un regime accurato, cambiamento d'aria e di paese, moderato esercizio, e particolarmente l'evitare ogni specie d'irritazione degli organi uterini. L'impiego di questi mezzi è benefico in tutti gli stadj della malattia: mentre come più sopra si è detto, l'applicazione dei rimedj dev'essere regolata dallo stadio della malattia, i sintomi, e le condizioni particolari, che nascono da un momento all'altro.

Cura Chirurgica dell' Idrope Ovarico.

I seguenti, sono i modi principali della Cura Chirurgica fino ad ora proposti, ed adottati. Nel parlarne, avrò a fare ulteriori rimarchi sulla cura medica =

1. Puntura semplice.

2. Puntura colla Compressione.
3. Puntura ed iniezioni di jodio nel sacco.
4. Ovidutto artificiale — *a.* esterno — *b.* per la vagina — *c.* pel retto.
5. Ovariotomia, od Estirpazione — *a.* incompleta, od escisione parziale — *b.* escisione completa.

1. Puntura.

Questa operazione è generalmente praticata in corrispondenza della linea alba, essendovi il trequarti impiantato nel mezzo circa fra l'ombelico, ed il pube. Ei fu anche pratica generale di porre l'inferma in posizione eretta, rimanendo sul ciglio di una sedia, od alla sponda di un letto, di circondare l'addome con un largo bendaggio da essere stretto posteriormente da un'assistente, per esercitare una pressione supposta necessaria, nel mentre che ne sorte il fluido, e di praticare un foro attraverso il bendaggio stesso nel punto dove il trequarti dev'essere impiantato.

Modo d'eseguire l'Operazione. — Ora varie obbjezioni sono inerenti a questo modo di procedere, ed io ho negli ultimi dieci anni praticata la puntura all'inferma nella *linea semilunare* ([14]), nella giacitura orizzontale, e senza l'assistenza d'un bendaggio. Oltre alle difficoltà dell'uso del bendaggio compressivo, quali il formare delle ripiegature, e di alterare la sua posizione a mano che l'addome si deprime, vi è una grande tendenza alla sincope nella posizione eretta — avvenimento di grande inconvenienza. D'altro lato, la posizione supina previene i deliqui, ed insieme al posto della puntura nella parte più declive permette la più completa evacuazione del sacco. Io colloco la paziente sopra un lato — su quello in cui ebbe origine il tumore ovarico — coll'addome pendente alla sponda del letto, rimuovendo tutte le coperture, e lasciando perciò che l'aria possa premere equabilmente sulla superficie addominale. Pungendo nella linea semilunare, prima cura è di evitare di ferire l'arteria epigastrica, e qualunque vena dilatata che vi potesse essere presente. Vuo-

tando in precedenza la vescica, si evita qualsiasi pericolo di ferire questo viscere. Due altri possibili accidenti sono menzionati dal Dott. Simpson (*Giornale Mensile di Scienze Mediche*, Ottobre, 1852, p. 363) » *L'utero è alcune volte innalzato e stirato in alto innanzi al tumore ovarico, ed è stato fatalmente ferito dal trequarti nell'operazione della paracentesi..... Tutto il pericolo di ferirlo sarebbe evitato, se pel sito della puntura si scegliesse un punto sufficientemente fluttuante, e sottile nelle sue pareti.* » Di nuovo » *Le cisti ovariche si sono trovate alcune volte talmente girate sul loro asse, che la tromba faloppiana allungata è stata stirata attraverso la superficie anteriore dell'ovaja malata, e ferita nell'introduzione del trequarti; ed una condizione densa fibrosa in alcune parti della cisti condusse all'inconveniente, che la cisti venisse meramente spostata, e non già perforata dalla pressione della punta dell'istrumento. Un caso di mancata puntura da questa cagione, è dettagliato dal Dott. Bright nelle Osservazioni dell'Ospitale di Guy. La puntura pertanto non si deve fare sopra un punto, che si sente ineguale, ed indurito nella sua tessitura.* »

Egli è alcune volte desiderabile, e ciò particolarmente se la parete addominale sia grossa ed adiposa, di fare un'incisione agl'integumenti, prima di accingersi d'infiggere il trequarti colla sua cannula nella cisti.

Il trequarti e la cannula, dovrebbero essere più grossi che quelli d'uso generale. Se il fluido è tenue, e trasparente, scorre bene abbastanza attraverso di una cannula sottile, ma se è torbido o di viscida consistenza, egli ne sorte a stento, e se vi sono de' fiocchi albuminosi, o della materia caseosa, il tubo interamente si ostruisce. Di più, l'istrumento molto largo, che io uso, permette il vuotamento non interrotto e rapido della cisti, e libera la paziente da una operazione tediosa, che può anche essere della durata d'un'ora. Vi è anche un altro vantaggio da un grosso trequarti, e dalla giacitura orizzontale, che cioè due o tre cisti, nella malattia multiloculare, possono essere successivamente punte attraverso la stessa cannula, ritirando semplicemente e rintroducendo il tre-

quarti senza rimuovere la cannula. Questo vantaggio si potrebbe solo guadagnare nella giacitura orizzontale, perchè nell'eretta la gravitazione della cisti non lo permetterebbe. Volgendo l'inferma di più sul suo fianco, e comprimendo sull'addome, l'evacuazione della cisti può essere resa completa, quando l'escita del fluido è cessata, e la cannula ne è estratta; una pezzetta di tela sulla ferita, che deve essere riunita mediante listerelle di cerotto, generalmente è sufficiente per ottenerne l'adesione; ove tuttavia sia stata fatta una ferita più grande, alcune volte è necessario un punto di sutura.

Diversi chirurghi hanno proposta, e messa in pratica, la puntura per la vagina, e Kiwisch, ove sia praticabile, la preferisce alla puntura addominale (Opera citata p. 145). » *Riguardo alla sua praticabilità,* » egli continua » *non è assolutamente necessario, che la cisti formi una rilevatezza, basta solo, che ci si possa arrivare coll'esplorazione attraverso la parete vaginale. Non si può certamente negare, che quando le cisti sono situate molto in alto, la puntura vaginale è accompagnata da maggiori difficoltà, che la puntura addominale; e che senza grande attenzione si possono facilmente produrre delle pericolose lesioni dei tessuti circostanti; sarebbe quindi prudente, che questi casi difficili venissero accolti solamente da un esperimentato operatore.* »

Sembra dalle annotazioni del Clay, che lo Scanzoni seguisse questo processo in quattordici casi, e di questi ne guarisse otto; e più recentemente il Dott. Hugnier di Parigi, è stato un grande fautore di esso e ritiene grandemente esagerato il pericolo temuto da diversi pratici.

Io devo confessare, che la puntura per la vagina, non mi si è mai raccomandata come un processo da seguirsi nel modo generale proposto dal Kiwisch. Esso mi sembrò non possedere in generale tali vantaggi, da indurmi a sostituirlo alla paracentesi dell'addome, ed in generale si può affermare, che ove il tumore non prema nella direzione della vagina, vi può essere un considerevole pericolo per le parti circostanti d'essere punte. L'esperienza deciderà la questione della sua applicabilità e vantaggi, e

probabilmente l'operazione troverà favore più di frequente, che non l'abbia avuto fino ad ora.

La sua principale indicazione è riposta nella speranza di ottenere una cura radicale col vuotare la cisti, e col tenere la puntura aperta, in modo da produrre un continuo scolo attraverso di essa puntura di tutto il fluido successivamente separato. Questo modo di cura verrà di nuovo dibattuto nelle mie rimarche sulla *formazione di un ovidutto artificiale*, come un mezzo di cura dell'idrope ovarico. Ma devo qui far notare, che come processo curativo, egli è principalmente applicabile alle cisti semplici, ed alle cisti della tromba faloppiana, quando premono contro la vagina: e che la sua utilità in quei casi sarà circoscritta dalla difficoltà di diagnosticarli dalla forma composta del morbo ovarico.

Il Dott. Simpson ha espressa una preferenza alla paracentesi vaginale nel caso di cisti semplici e multiloculari, e stabilisce, (Opera cit. p. 364), che egli ha » *più d'una volta evacuato il contenuto d'un idrope della tromba faloppiana, introducendo in questa posizione il piccolo trequarti, che forma l'ago ordinario da esplorazione. In uno di questi casi, il sacco allungato, formato dalla tromba faloppiana distesa, s'infiammò dopo la sua evacuazione, e successivamente sembrò essersi del tutto obbliterato;* » ristabilendosi in seguito l'inferma della sua cattiva salute, e rimanendo incinta.

Come i fautori della puntura vaginale possono riferirsi ad un considerevole numero di casi di cure ottenute, così quelli, che praticano la più comune operazione della paracentesi addominale, possono fare altrettanto. Ma io credo, che in ambedue i casi si troverebbe, che tali esempj di guarigione mercè la puntura, quasi tutti appartenevano alla varietà uniloculare del morbo ovarico, od alla dilatazione cistica delle trombe faloppiane.

La guarigione di una cisti, colla puntura addominale, non si vide dopo un'operazione, ma dopo diverse: e quando si ottenga, si troverà avvenire qual risultato del processo infiammatorio nella cisti, od il suo evidente prosciugamento ed avvizzimento pel continuo scolo del conte-

nuto attraverso l'artificiale apertura. Il processo infiammatorio può essere distruggitore del potere secretivo della cisti, coll'effettuare tal cambiamento nelle sue pareti, da cambiare la vascolare attività necessaria alla secrezione; o col cagionare l'effusione di linfa organizzabile, ed un progressivo corrugamento, e consolidazione delle pareti della cisti; o finalmente col terminare in tale suppurazione, che il sacco sia, come avvenne, eliminato col pus. L'obbliterazione della cisti, col produrre un continuo scolo del suo fluido sieroso, agisce quasi come un mezzo di esaurimento, e di atrofia.

Ma benchè nella storia della paracentesi noi possiamo qua e là segnare dei felici risultati, tuttavia la generale conclusione da trarsi è, che la rapidità del morbo ovarico è accresciuta dal suo impiego, e che al postutto la vita della paziente è abbreviata. Per lo più il fluido di una cisti è sollecitamente riaccumulato dopo la sua evacuazione, e spesso questa seconda raccolta è anche più ricca in materie organiche che la prima, e per conseguenza diviene una sorgente di accresciuta debolezza nell'inferma. La data, e l'estensione, a cui la riaccumulazione può procedere in una cisti ovarica, sono già state notate (pag. 17), come anche lo furono gli svariatissimi gradi di tolleranza, con cui questa rapida secrezione, e perdita, sono state sopportate da differenti donne. Di più l'operazione della paracentesi non è senza pericolo. Lasciando anche il rischio di pungere un vaso sanguifero, prima di giungere alla cisti, v'è il pericolo dell'infiammazione del peritoneo e della cisti, e dell'emorragia dall'ultima. Così quando la cisti non s'è fatta aderente alla parete addominale nel luogo della puntura, alcunchè del suo contenuto quasi inevitabilmente sfuggirà nel peritoneo, il quale se fosse di natura irritante, e non soltanto sieroso — nel qual caso di rado è causa di sofferenze — produrrebbe una peritonite, che potrebbe anche essere di un andamento fatale. Di più l'infiammazione della cisti dopo la puntura, se anche non è fatale, cagiona grandi sofferenze alla paziente, e tale alterazione nella salute generale da essere di grave momento. Così nel terzo caso

di pericolo, cioè da emorragia nel sacco, desso si è di tratto in tratto verificato, ed in alcuni rari esempj, fu provato essere causa sufficiente di fatale anemia, dipendente dall'estrema vascolarità della cisti.

Un appello alle statistiche finalmente mostrerà, che la semplice puntura non è al postutto benefica nell'idrope ovarico. Il Kiwisch (Opera citata p. 159) cercò di devenire ai risultati generali dell'operazione, e per questo fine raccolse le osservazioni de' suoi propri casi, con quelli citati dal Southam, e dal Lee, e così si espresse: — » *Che da un numero collettivo di 130 punture, 22 morirono nel corso di poche ore, o giorni, il che è circa il 17 per* $^0|_0$. *Egli è dimostrato dai progressi della malattia, che la morte in questi casi era quasi sempre cagionata dalla sola puntura, e questa sfavorevole terminazione non ebbe luogo soltanto in condizioni assai sfavorevoli per l'operazione, ma contro ogni previdenza, essa in generale avvenne in casi, che erano manifestamente del tutto addatti. Nei 25 casi, che ebbero una terminazione infausta prima di sei mesi, noi anche dobbiamo ascrivere il non favorevole risultato specialmente alle conseguenze della puntura; ed in generale non isbaglieremo molto nell'asserire che le 130 inferme menzionate ebbero la loro vita manifestamente abbreviata dall' operazione. In queste pertanto il proposito di prolungare la durata dell'esistenza non era raggiunto; e nei molti casi, nei quali vi era una durata più lunga della vita dopo la puntura, il fatto è questionabile, perchè l' operazione fu eseguita non infrequentemente, quando lo sviluppo della malattia era leggiero, ed in cui è anche dubbio, se nel corso non disturbato della malattia la vita della donna poteva rimanere non minacciata durante un numero più grande di anni. Per conseguenza noi siamo obbligati di asserire, che l' intenzione di procurare una durata più lunga della vita colla paracentesi non è stata raggiunta nel maggior numero delle inferme; ma che in un considerevole numero di casi, la conseguenza di essa era un manifesto abbreviamento della vita: e che anche sotto le più favorevoli condizioni il suo successo è molto incerto, quindi il risultato non ne può essere predetto.* »

Questa conclusione, alla quale giunse il Kiwisch, è l'equivalente a quella esposta nella ben nota sentenza del Dott. William Hunter, » *che l'inferma d'idrope ovarico avrà la maggiore probabilità di vivere più a lungo, ove faccia il meno per esserne liberata* » Di più la pratica del Dott. Denman ed altri eminenti Ostetrici e Chirurghi, nel ripetere la puntura più a lungo possibile, era fondata sulla medesima convinzione. (15)

D'altro lato, il Dott. Atlee di Filadelfia, Stati Uniti, che è ben conosciuto quale distinto operatore nel morbo ovarico, afferma che la estesa esperienza sua e de' suoi colleghi, fino dal 1828, e le numerose ricerche che ha fatto presso Chirurghi di estesa pratica, lo convincono, che la morte, od anche sintomi gravi, non sono comune risultato della puntura, ma che la vita è per ordinario prolungata ad onta che sia da essa minata, e che in alcuni casi, una guarigione permanente ha seguito il suo impiego (*Giornale Americano di Scienze Mediche 1849.*)

Ma ammettendo che la generale credenza sui svantaggi della puntura nell' Idrope Ovarico siano ben fondati, è giudicato da ogni parte, che questo procedimento è non ostante richiesto in certi casi; cioè, in quelli ove il tumore pel suo volume, la sua posizione, e le sue aderenze, talmente imbarazza le funzioni dei visceri, ed è tal causa di deperimento e di dolore a chi ne soffre, che la vita stessa è posta in pericolo. Sotto queste circostanze il sollievo, benchè sia breve, è necessario, ed il pratico non ha altra alternativa che di eseguire l'operazione. Di più, l'inferma ed il suo medico, saranno spesso portati a valersi della puntura, quando gl'inconvenienti, e le sofferenze si ripetano più spesso, di quanto si è or ora notato, e si addossano l'evento di future cattive conseguenze, per guadagnare un sollievo anche temporaneo.

La puntura, colla vista di stabilire un'apertura fistolosa, e di distruggere la cisti ovarica, cadrà di nuovo sotto il nostro esame nel trattare dell'operazione, per formare un *ovidutto artificiale*; dove parimenti troverò un posto per descrivere il metodo di Kiwisch, qual è suggerito nel suo libro.

. . .

2. Puntura con Compressione.

La Puntura dovrebbe sempre essere combinata colla compressione, sia come mezzo di precauzione, quando l'origine della cisti è oscura, sia come offerente una probabilità maggiore di guarigione in ogni caso. Come ogni altra semplice operazione, l'applicazione della compressione può fallire per disattenzione e mancanza di accuratezza. Prima di tutto, le compresse di tela dovrebbero essere così disposte, da presentare una superficie convessa, adattata più che sia possibile alla concavità della pelvi. Sopra queste compresse dovrebbero essere applicate delle striscie di cerotto adesivo, da abbracciare la spina, incontrandosi, ed incrociandosi anteriormente, ed essere estese dall'articolazione vertebrale dell'ottava costa al sacro. Sopra queste striscie deve essere applicata, od una larga fascia di flanella, od anche meglio un pendaggio con occhietti, e cordoncini da legarsi anteriormente; oppure un bendaggio ben fatto, il quale allacciandosi anteriormente, può essere gradatamente stretto, qual è quello fatto, dietro mio suggerimento, dal Sig. Spratt, (Brook-street, 2.) e dal Sig. Fletcher (Princes-street, Cavendisch-square). Questi bendaggi devono essere trattenuti dallo scivolare in alto da striscie sotto ciascuna coscia. Tanto le compresse che i bendaggi dovranno essere sorvegliati e addattati di tanto in tanto, anche perchè, gl'intestini e la vescica non abbiano a soffrire per la compressione ineguale. Anche la cresta dell'ileo dovrebbe essere garantita con grossa pelle di bufalo, o con un cuscinetto di esca.

L'effetto della compressione, prima della puntura, è triplicato nel suo effetto; essa alcune volte ritarda il riempimento della cisti, e così previene l'aumento del tumore; alcune volte porta l'assorbimento di tutto il liquido contenuto; o finalmente può produrre la rottura della cisti nella vagina, nel retto, o nel peritoneo. Dopo la puntura, la compressione tende a prevenire, a che di nuovo si riempia la cisti, probabilmente comprimendo meccanicamente i vasi sanguiferi, che forniscono il fluido. L'uso

della compressione è confermato dai conosciuti suoi buoni risultati nello sciogliere i varj tumori, o nell'arrestare il loro accrescimento. Quando la puntura colla compressione è impiegata come mezzo di cura, od anche solo colla vista di ritardare i progressi dell'idrope ovarico, si dovrebbero amministrare medicamenti per stimolare le funzioni de' varj organi addominali, per correggere le morbose secrezioni, ed in generale per migliorare la salute, e la robustezza. L'uso della puntura colla compressione, e la cura medica ausigliare, sono da me considerate applicabili a preferenza alle cisti uniloculari senza adesioni, con un contenuto limpido, e non albuminoso, e quando il tempo e le condizioni dell'inferma permettono di perseverare nella loro applicazione. Vi sono anche casi di malattia multiloculare, ed altri ove esistono aderenze, ne' quali la compressione può procurare un vantaggio reale, e ritardare l'accrescimento.

Questo piano di cura fu da me suggerito nel 1844, ed i risultati sono stati pubblicati di tratto in tratto nella *Lancetta*, non solo da me stesso, ma anche da altri pratici, che si determinarono di esperimentarlo. Per i particolari di quelli già pubblicati, devo rimandare il lettore alla *Lancetta*, dal 1844 al 1852.

Oltre quei casi, che sortirono nel giornale riferito, io ne ho diversi altri, che riuscirono interamente favorevoli. Certamente il risultato di alcuni mi hanno sconcertato, mentre in essi io aveva sperato di avere ottenuta una guarigione permanente; ma anche in questi gran benefizio si è ritratto dal metodo di cura, avendo le pazienti riguadagnato salute e benessere, e la malattia per qualche tempo fatto sosta. Di più in alcuni casi, ove l'idrope ovarico riapparve, ei fu in conseguenza dello sviluppo di nuove cisti: accidente questo, che non si può interamente prevenire, che mediante l'estirpazione dell'intera ovaja ammorbata.

Il fu Sig. T. S. Lee (*Sui tumori dell'Utero*, 1847) segnalò pel primo il seguente paragrafo, rispetto questo modo di trattamento, mediante la puntura, e la compressione — » *Questo piano di cura è stato offerto alla pratica,*

ed evidentemente sanzionato da un numero di casi favorevoli: ma sono obbligato di aggiungere, che alcuni di quei casi, chiamati e pubblicati come favorevoli, passarono in altre mani; ed io vengo autorizzato da un Medico di affermare, che di due casi del Sig. Brown, che si affidarono alla sua cura, una morì d'idrope ovarico, ed all'autopsia si trovò, che la cisti esisteva tanto voluminosa quanto prima: l'altra è tutt'ora inferma; la cisti si riempì di nuovo, e l'ultimo Medico è stato obbligato di aver ricorso alla puntura. Questo fatto diminuisce considerevolmente il valore dei casi del Sig. Brown. »

Kiwisch, che conobbe il libro del Sig. Lee, nelle sue rimarche, rispose a questo passaggio sul mio piano di cura, nel seguente modo — » *Mentre altri de' suoi concittadini sono stati meno felici, hanno poi accusato lui di falsità rispetto alcuni casi di guarigioni ottenute.* (Vedi l'Opera di T. S. Lee). »

Non posso lasciar passare questa assai grave accusa di falsità, senza alcune osservazioni sul paragrafo, nel quale è dessa contenuta. Alla sua pubblicazione, andai dal Sig. Safford Lee, per chiedergli quale autorità esso aveva per i suoi giudizj rispetto la storia successiva dei casi, che io aveva pubblicati. Egli per ciò diressemi al Dott. Federico Bird, il quale era il Medico summenzionato: se non che vedendo quest'ultimo, non potei da lui ottenere alcuna spiegazione sulla base della fatta generale asserzione; e riguardo alle esposizioni dei due casi, ch'erano capitati sotto la sua cura, il Dott. Bird tentò farmi credere che il paragrafo in questione, non tendeva a significare, che quei due casi fossero stati da me pubblicati, quali casi di guarigione mediante la mia cura: giacchè, come egli stesso ammise, essi non erano stati per tali pubblicati. Questa era una mera evasione sul significato del paragrafo: giacchè ogni lettore ne inferirà, come evidentemente fece Kiwisch, che i casi riportati sotto cura del Dott. Bird, furono da me falsamente riferiti d'esito fortunato.

Ora dirò, non aver io mai tentato di nascondere il fatto, che l'operazione ha spesso fallito nelle mie mani. Nella *Lancetta* pel 1849, pubblicai una serie di *Casi seguiti*

da insuccesso; ed in altri luoghi, come p. e. nella presente opera, io richiamai la storia di malate operate mediante la puntura e la compressione, nelle quali però il morbo ovarico è riapparso, e richiese altro trattamento.

Sono anche disposto ad ammettere, che dapprima troppo mi attesi da questo metodo di cura. Ma si deve nello stesso tempo ricordare, che nella sua prima proposta, io aveva tuttavia da imparare dall'esperienza, sotto quali circostanze era profittevole come mezzo di cura, e sotto quali altre, come di semplice sollievo. I suoi risultati immediati erano molto incoraggianti, ed in molti casi abbastanza durevoli, per augurarci bene per l'avvenire; ed io era indotto ad esperimentare il piano di cura su larga scala, forse piuttosto senza distinzione, e non doveva perciò sorprendere che le mie speranze di guarigione permanente in molti casi fallissero.

Tuttavia, valutando anche tutte le speranze frustrate, ed i mancati risultati che si possono addurre, v'è un'esperienza sufficientemente estesa, per mostrare che la puntura colla compressione è un mezzo di cura per l'idrope ovarico, e che in molti casi, ove anche fallisca nella guarigione, offre dei vantaggi reali, e spesso molto durevoli, particolarmente quando la cisti è semplice.

Per difendere quest'asserzione, io mi devo riferire ai casi, pubblicati nella *Lancetta* pel 1844, come fortunati. La Signora C., dell'età di anni 17, mantenevasi bene, nove anni dopo l'epoca della cura; Maria M., dell'età di 20, tre anni e mezzo dopo; e Sarah G., di 19, quindici anni dopo; di Hannh M., dell'età di 17 anni, io non ho ulteriori informazioni a quelle alla data del mio scritto, quando essa trovavasi bene. Inoltre il caso della Signora F. R., di 27 anni, pubblicato nel 1846, ebbe un esito perfettamente fortunato, che io posso sostenere per recenti osservazioni.

Non analizzerò altri casi riferiti, i quali, se non guariti permanentemente, ritrassero grande benefizio dal mio metodo di cura. Anche i casi infelici, riportati (*Lancetta* 1849), sono interessanti, ed istruttivi, mostrando le cause di mancata guarigione, ed indicanti dove si può, o no,

attendere un vantaggio dall'operazione. E mi compiaccio di aggiungere, che i miei casi pubblicati, offrirono sufficiente convinzione della loro utilità nella mente di alcuni pratici, per indurli a seguire il piano proposto.

Ho più innanzi citato un caso felicemente guarito dal Sig. May, di Tottenham, mediante la puntura e la compressione; ed alcuni altri chirurghi, e fra questi il Signor Eccles (vedi *Lancetta*, 1846, p. 276), hanno riferiti i risultati della loro esperienza nell'operazione stessa.

Il Dott. Tanner, Medico-assistente nell'Ospitale del Collegio Reale, diede (*Lancetta*, Vol. 2, 1852, p. 261), la storia di tre casi, ne' quali egli con successo applicò questo modo di cura; e si credè garantito nel chiamarli favorevoli, dacchè il suo primo caso si mantenne sanato per quattro anni e mezzo, il secondo mantenevasi tale al finire d'un anno; ed il terzo per tanto lungo tempo, per quanto il Dott. Tanner ne ebbe notizia.

In una nota cortese inviatami, il Dott. Tanner scrive = » *La mia esperienza da questa data* (1852) *mi porta ad apprezzare grandemente questo piano di cura nel caso di cisti del legamento largo, nelle ostruzioni delle trombe faloppiane, e nelle cisti ovariche uniloculari. In vero, per riguardo a queste ultime, io non credo onesto di sottoporre le inferme ai pericoli dell' ovariotomia fino a che non sia stata esperimentata la puntura colla compressione bene eseguita. Io non vidi alcun inconveniente da questo trattamento.* »

Il Dott. Simpson nelle sue lezioni avvanzò l'obbjezione contro l'uso della compressione, di produrre grandi sofferenze, e stanchezza alla paziente. Se ciò fosse anche vero, l'obbjezione non avrebbe un peso molto grande, considerando l'importanza dello scopo prefisso, e che il dolore inflitto da un'operazione è cosa meritevole di poco rimarco, ove desso sia inevitabile, e l'operazione stessa realmente giustificata. Però io sono in grado di affermare dietro la mia propria esperienza, che la compressione mediante un cuscinetto e bendaggi, dopo la puntura d'una cisti ovarica, non è un processo doloroso, nè accompagnato da qualsiasi tortura, purchè la compressione sia

convenientemente applicata, e con accuratezza addattata alle parti. Oggi stesso, io ho, in unione col Dott. Arturo Farre, una malata sotto questo metodo di cura, e quell'abile medico potrebbe confermare l'asserzione da me fatta, che cioè non è accompagnato da alcuna insopportabile sofferenza, contrariamente a quanto alcuni hanno avvanzato.

Caso I. — *Idrope Ovarico, di parecchi anni di durata; curato colla puntura e colla compressione.* — La Signora E. B. dell'età di 24 anni, si affidò alla mia cura nel Luglio 1848, raccomandata dal Sig. B. Brodie, dal Dott. Bright e dal Sig. Locock. Dall'infanzia aveva una tendenza all'asma; ed all'età di tre anni ebbe malate le glandole mesenteriche, il che lasciò per qualche tempo l'addome in uno stato di distensione. Dopo la comparsa de' mestrui, la sua salute di molto migliorò, ma nel Giugno 1840, essa ebbe a soffrire di grave attacco asmatico, con febbre, e copiosa espettorazione, febbre d'accesso; e ciò si rinnovò ogni estate. Nel Maggio 1844, avvenne un attacco peggiore, e non passò che oltre la fine di Luglio, quando si scoprì, che l'addome, sempre gonfio durante questi accessi, in luogo di appianarsi, aumentava di più nel volume. Ciò era attribuito ad un abuso di uve, mentre a Nizza era dessa curata di ostruzione, ad oggetto di diminuire la gonfiezza addominale. Dopo questo tempo l'asma ad accessi non riapparve, eccettuato in debol grado: ma la sua salute divenne vacillante, ed era appariscente un aumento dell'addome. Si lamentava di un senso di peso, ed oppressione nello stomaco, e cercò sollievo dai purgativi. Al suo ritorno in Inghilterra, nel 1847, la malattia era constatata.

Quando io la vidi, essa era pallida e debole; vi era molto dimagrimento specialmente verso il collo, le spalle e le braccia. I mestrui erano per lo più regolari, ma molto soffriva di cardialgia, ed alcune volte di certo particolare malessere.

L'addome era ingrossato al volume di quello di una donna nel settimo mese di gravidanza. La fluttuazione era assai distinta, ed io venni nella conclusione, che la cisti

era sottile, e derivava dalla sinistra ovaja: ma non poteva essere spinta verso il lato destro, per cui la ritenni aderente al peritoneo.

14 Agosto. — Dopo qualche trattamento medico preliminare, devenni in questo giorno alla puntura del sacco. Il Sig. C. Locock, ed il Dott. Gardner, suo medico ordinario, erano presenti. Quindici pinte di un fluido chiaro, color d'ambra ne scolarono. Qualche leggero svenimento susseguì all'operazione. Io riunii con striscie di cerotto la ferita, e vi applicai sopra le solite compresse mantenute dal bendaggio. Fu ordinato non tralasciasse una mistura diuretica, ed alcune pillole purgative, che essa in antecedenza prendeva.

15 detto. Ebbe un fiero attacco, che fece sì che perdesse il riposo, e talmente erasi allentato il bendaggio, che era necessario in questo giorno stesso di riapplicarlo.

17 detto. Oggi febbricitante ed inquieta. Polso a 100, cute calda. Ordinata una presa salina ogni quattro ore, e pillole di estratto acquoso d'aloe gr. iii; estratto di tarassaco gr. iv, ferro solforato gr. i, in due pillole, da prendere ogni sera.

18 detto. Orina libera, ma alcalina e densa. Ommesse le precedenti prese, ed invece fu ordinata una mistura acida.

24 detto. Dal giorno 20, essa prese una mistura diuretica, e pillole composte di massa pillolare bleu, aloe, e giusquiamo. Viensi rimettendo nella nutrizione, assai buon appetito; le si permette del vino giornalmente. La giacitura in letto è rigorosamente mantenuta. Regolari le funzioni intestinali.

26 detto. Il Sig. Brodie la visitò, ed all'esame del ventre, non potè trovare presenza di cisti, e considerò il progresso soddisfacente.

5 Settembre. I mestrui apparvero alla loro epoca. Continua a migliorare. La compressione mantenuta con cuscinetti, liste adesive, e con un bendaggio in flanella. Liberi agiscono i reni, e gl'intestini.

6 Ottobre. Continuò a migliorare, guadagnando sempre più in nutrizione e robustezza. Le è consigliata l'aria della campagna.

7 Novembre. Il Sig. Brodie mi scrisse per dirmi, che aveva veduto la Signora B. in riva al mare; che continuava tanto bene, quanto si poteva mai desiderare, e che ad un assai accurato esame, egli non potè scoprire idrope, nè alcuna traccia di cisti. La cura è continuata con perseveranza. Alla fine d'un altro mese l'inferma se ne ritornò a Londra, ove si mostrò in eccellente salute, e non si potè scoprire alcuna traccia della malattia.

2 Febbrajo, 1849. Il Dott. Gardner la vide, e si mostrò soddisfatto della guarigione dell'idrope. Di nuovo al 4 di Aprile, ei la visitò in mia compagnia, e del Sig. Locock, e niuna alterazione si rinvenne.

Alcuni mesi dopo ciò, ripetendo un esame, il Sig. C. Locock, ed io stesso, fummo talmente soddisfatti della completa guarigione del morbo ovarico, che le si permise di andare a marito.

Maggio 1854. Ho la grande soddisfazione di aggiungere alla precedente storia, il fatto, che essa continuò bene fino al giorno d'oggi, cioè a dire per un lasso di cinque anni e mezzo, senza traccia della ricomparsa della malattia.

Essa si maritò nel 1849, ed io l'assistei in tre parti, e dopo ogni volta, quando la parete addominale era nel più favorevole stato per un esame completo, non potei riuscire a scoprire alcun vestigio del morbo ovarico.

1861. In seguito ebbe un quarto figlio. Da quattro anni la cisti ovarica si riempì di nuovo, o forse una nuova se ne sviluppò, che fu trattata colla puntura e compressione per un mese, e di nuovo scomparve. Nessun ritorno della malattia ebbe più luogo.

Caso II. — La Signora L., di anni 30, s'affidò alla mia cura il 9 Settembre 1847. Si lamentava di avere sofferto nella salute per molti anni; il ventre era considerevolmente aumentato, ma il morbo ovarico non era stato sospettato. Essa era molto emaciata specialmente verso il petto e le spalle. La mestruazione è stata sempre regolare; torpidi gl'intestini; libera l'emissione dell'orina. La digestione diminuita, e cattivo l'appetito; era perciò assai indebolita.

All'esame, io trovai una cisti del volume circa della testa d'un feto, distintamente fluttuante. Questa, a prima giunta, fu da me presa per una semplice cisti; ma un esame successivo mi fece scoprire un tumore solido sotto di essa, premente verso il retto, ed il lato destro, e disturbante l'azione degl'intestini. Nello stesso tempo l'utero era spinto verso il sinistro lato. Ordinai una presa di cinconina, e pillole contenenti aloe, massa pillolare bleu, e giusquiamo.

29 Settembre. La sua salute essendo migliorata, in questo giorno con l'assistenza di mio fratello Sig. Giorgio Brown, punsi la cisti nella linea mediana, e ne estrassi cinque pinte di un liquido chiaro, trasparente, e leggermente albuminoso. Non seguì alcuna sincope. I soliti cuscinetti e bendaggi erano allora applicati, per esercitare una compressione sull'addome. Fu ordinata una presa salina diuretica; e continuate come prima le pillole. I reni e la cute agirono liberamente. Ebbi, durante la notte, a raggiustare il bendaggio, a motivo di una dolorosa compressione esercitata sull'ileo.

1 Ottobre. All'esame vaginale trovai alla destra dell'utero spostato un tumore duro, premente sul retto, ed evidentemente sotto la cisti, ed in apparenza con lui connesso. Nel volume era eguale all'incirca a piccolo pugno, e doloroso alla pressione. Al rimuovere del bendaggio, poteva essere sentito attraverso la parete addominale. Riguardo alla compressione ov'era applicata, cagionando dolore in questo tumore, con impedimento al passaggio delle feci, e vomito per simpatia, addottai l'uso di due cuscinetti ripieni di crusca e sopra questi addattai strettamente una fascia di flanella. Questa fascia essendo fatta da annodarsi con occhietti, poteva secondo il bisogno più o meno essere stretta.

13 detto. Quindici giorni dopo la puntura, essa ebbe dolore, ed edema alla gamba sinistra, che furono dissipati da una embrocazione, e frizione stimolante. Le fu ordinata una mistura contenente solfato di ferro, non che pillole di aloe, e massa pillolare bleu. Gl'intestini agiscono regolarmente, e l'orina è copiosa. Essa evidentemente gua-

dagna in nutrizione, ed in buon umore, mentre che prima era stata estremamente scoraggiata.

21 detto. Esaminata accuratamente non potei rinvenire che il fluido fosse riapparso. Il tumore era percettibile più nel centro, che altrove. I mestrui erano regolari.

Decembre. Fu continuata l'applicazione della compressione ordinata. Nessun ritorno dell'idrope. La sua salute molto migliorata.

Gennajo 1848. Essa lasciò la Città in questo mese per Brighton dopo aver ricevuto istruzione di non tralasciare l'uso del bendaggio.

29 Marzo. Io ricevei una lettera dal Sig. Phillpotts di Brighton, medico ordinario della Signora, che mi diceva » *Esaminai la Signora L. alcuni giorni fa, dolendosi della pressione del bendaggio. Non v'è ritorno del fluido nella cisti ovarica; ed invero, io non potei scoprire alcun ingrossamento dell'ovaja stessa. Le raccomandai di continuare l'uso del bendaggio, sostituendo all'uopo l'uso di un compressore ad aria, ed allentando il bendaggio stesso. Sotto gli altri rapporti essa è in assai migliore stato di salute, e può fare più moto.* »

Marzo 1849. L'inferma rimase in Città per alcune settimane. Essa è del tutto libera da ogni sintomo del morbo ovarico. Nell'estate del 1860, io ebbi nuove di questa Signora, ed ho la soddisfazione di poter affermare, che non soffrì più della locale malattia, ed è sotto ogni rapporto del tutto ristabilita; libera da tutti i disturbi costituzionali, che tanto sconvolsero, ed indebolirono la sua salute, prima che si sottoponesse alla mia cura.

Caso III. — La Signora S. di anni 35, a me si affidava il 5 Giugno 1854, essendomi stata raccomandata dal Signor Carlo Locock. Quattr'anni innanzi all'incirca, essa cominciò ad accorgersi di un accrescimento del suo addome, che aumentò gradatamente ed attirò la sua attenzione per un cambiamento di volume. La mestruazione era piuttosto abbondante e più frequente.

All'esame diagnosticai una semplice cisti ovarica uniloculare, contenente una certa quantità di fluido, e raccomandai la puntura e la compressione.

13 Luglio. La paziente essendo posta nella posizione ordinaria per la puntura, e la parte essendo resa insensibile al dolore in tre minuti mediante la mistura frigorifera di Arnott, un'incisione venne praticata agl'integumenti, ed introdotto il trequarti colla sua cannula, vennero ritirate tredici pinte d'un fluido sieroso chiaro, ed i cuscinetti col bendaggio applicati come di solito. Questo bendaggio, con i cuscinetti, venne continuato per un mese, non avendo luogo alcun gonfiore, e la malata continuò perfettamente bene fino al giorno d'oggi.

Caso IV. — La Signora C., di anni 36, maritata, fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* al 21 Luglio 1859. Mi era diretta dal Dott. Jackson di Sheffield, che gentilmente l'accompagnò colla seguente storia.

» *Durante gli ultimi otto o dieci anni fu essa costantemente soggetta a grave dispepsia, con mestruazione penosa ed irregolare; ed al periodo catameniale ad un considerevole accrescimento dell'addome. Ne' suoi dieci o dodici anni di matrimonio non fu mai incinta. Circa tre anni fa, s'accorse di un tumore, assai doloroso nell'inferior parte dell'addome, al sinistro lato: il tumore gradatamente aumentò dall'epoca che fu conosciuto. Diuretici e risolventi sono stati amministrati per molti mesi, senza il più piccolo sollievo.* »

All'esame io trovai una cisti distintamente fluttuante al sinistro lato, evidentemente ovarica ed uniloculare.

1 Agosto. Punta nella linea semilunare, escirono circa tre o quattro pinte d'un fluido siero-sanguinolento. I cuscinetti, ed il bendaggio in flanella erano strettamente applicati, ed erano tenuti in posto per un mese, quando se ne ritornò a casa propria.

La vidi tre mesi dopo a Sheffield, col Dott. Jackson ed il Dott. Pearson, e la trovai perfettamente bene, ed all'esame potei distintamente sentire la punta cisti nella fossa iliaca sinistra.

Ottobre 1860. Il Dott. Jackson mi ha ultimamente scritto per confermarmi ch'essa trovasi perfettamente bene, senza alcun ritorno della malattia.

Caso V. — E. S., età anni 21, nubile, ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 23 Luglio 1859.

Storia. Era inferma da tre anni, quando per prima s'accorse di una tumidezza al sinistro lato, che gradatamente aumentò.

All'esame si scopriva una cisti ovarica uniloculare.

4 Agosto. Era punta al sinistro lato nella linea semilunare. Immediatamente ne erano ritirate nove pinte e mezzo di un fluido pallido, sottile, e leggermente albuminoso; cuscinetti di crusca erano applicati, e strettamente assicurati con nove jarde di fascia di flanella.

4 Ottobre. La compressione fu costantemente continuata fino ad oggi, in cui il più accurato esame non potè scoprire fluttuazione. Da questa epoca, essa continuò senza interruzione ad avvantaggiare in salute, e per nove mesi disimpegnò l'ufficio d'infermiera in un Istituto. Essa è ora al servizio, e trovasi perfettamente bene.

Caso VI. — S. D., età 26 anni, nubile, dimorante in campagna, ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 7 Ottobre 1859.

Storia. Fu inferma per sette anni. I mestrui sempre regolari; l'addome cominciò ad ingrossarsi uniformemente, crebbe con rapidità negli ultimi sei mesi. Non soffrì di altro incomodo, eccetto il peso, essendo d'altronde buona la sua salute.

All'esame si diagnosticò una cisti ovarica uniloculare.

22 Ottobre. Essa fu punta in posizione orizzontale nel sinistro lato, ed erano evacuate trentadue pinte di un fluido chiaro, sottile, e leggermente albuminoso. Immediatamente venne fatta un'assai stretta compressione con cuscinetti e bendaggio in flanella. Si lamentò un poco della compressione per le prime 24 ore, ma dopo vi si abituò. Questa fu mantenuta per un mese, quando venne applicato uno de' miei bendaggi ovarici. Essa ritornò alla campagna perfettamente bene, ed in tale stato continuò fino al giorno d'oggi.

Il Sig. E. May, di Tottenham, vedendo il breve cenno dei tre ultimi casi, citati nella *Lancetta*, si indusse, in un numero successivo di quel giornale (per l'8 Dec. 1860), a pubblicare un caso, curato, com'egli scrive, secondo i miei suggerimenti alcuni anni innanzi. Essendo esso assai brevemente riferito, lo aggiungerò in questo luogo.

» *C. W., dell'età di anni 24, nubile, crestaja, di diatesi strumosa, si portò da me circa otto anni fa, con un tumore ovarico di moderato volume. Era in sufficiente buono stato di salute. La punsi e con diligenza vuotai la cisti, che era uniloculare. Applicai quindi un sodo, e ben aggiustato cuscinetto, assicurato da un bendaggio in flanella, così strettamente che potesse senza inconveniente sopportarlo. La tenni inoltre ad una dieta leggera, ed asciutta, e le amministrai per una settimana alteranti e diuretici. Essa si ristabilì perfettamente bene, e così continuò per quattro anni, quando lasciò queste vicinanze, ed io la perdei di vista.* »

3. Injezione Jodata.

È stato proposto tanto in Francia, che in Inghilterra (e nella prima specialmente dal Dott. Bonnet) ([16]) di tentare la cura dell'idrope ovarico, coll'injettare una soluzione di jodio nella cisti, dopo aver evacuato il suo contenuto mediante la puntura, l'indicazione essendo, come quella dell'operazione dell'idrocele, di eccitare cioè un'infiammazione adesiva, e così procurare l'occlusione delle pareti del sacco.

Questo piano è stato usato con successo da diversi chirurghi tanto in Francia, che in Inghilterra, ma fra i pratici in generale non ottenne una favorevole considerazione, molti chirurghi essendo alieni dall'esperimentarlo, principalmente pel grande pericolo, com'essi ritengono, di eccitare un'azione infiammatoria in un così gran sacco, ed in prossimità del peritoneo. Anche la narrazione del suo favorevole uso in non pochi casi, non bastò a rassicurarli, e sussiste l'opinione, che ove si debba tentare la rimozione radicale della malattia cistica dell'ovaja, l'operazione dell'estirpazione della cisti offre maggiore certezza di successo, mentre i suoi pericoli non sono molto più grandi, che quelli che sono inerenti al procedimento della puntura coll'injezione di un fluido irritante. Secondo il mio sentimento, e giudicando dalla mia propria esperienza su d'esso in circa dodici casi, ne' quali non ebbi a

contare un decesso, i pericoli inerenti all'operazione d'injettare il jodio in una cisti ovarica, sono stati molto esagerati. Non è questione ch'essa non sia esordita in casi assai improprj: infatti, innanzi che l'esperienza mostrasse a qual classe di casi fosse stata più specialmente addatta, era inevitabile il suo uso senza distinzione, e come necessario risultato, assai accresciuti i casi mancati, ed i letali. Come anche i tentativi di questo metodo forse non sono stati abbastanza estesi, ed in casi ben scelti forse può anche essere provato, che è un sicuro, e valutabile modo di cura per una malattia sfortunatamente di rado domabile da alcun altro trattamento chirurgico, che si possa chiamar eroico. Nello stesso tempo, devo ammettere, che i suoi vantaggi comparativi con altri modi di curare l'idrope ovarico, mi sembrarono non abbastanza grandi per raccomandarlo caldamente all' attenzione de' chirurghi.

Io aggiungo i particolari di due o tre casi, ne' quali addottai questo piano di cura con considerevole successo: ed i risultati della mia pratica sono all'incirca — 1.° Che è solamente indicato nel trattamento delle cisti semplici; 2.° Che non è vantaggioso eccettuato nelle cisti punte per la prima volta, e nelle quali il loro fluido contenuto non è molto albuminoso; 3.° Che benchè non curativo nelle cisti composte, l'injezione col jodio può distruggere una grande porzione di esse, e grandemente ritardare l'aumento di tutta la massa morbosa; 4.° Che non è tanto pericoloso, come molti suppongono.

La storia degli annessi casi indica il modo generale di eseguire l'operazione: ma per delucidarlo più oltre darò alcuni particolari. Primieramente, la paziente è punta nel luogo, che è considerato il più conveniente, e la cisti vuotata per quanto è possibile attraverso la cannula di grosso calibro, essendo diligentemente impiegata la compressione, per ajutare l'escita del suo contenuto. Ciò fatto, un lungo tubo elastico — p. e. la più grossa sciringa da uomo, avente una larga apertura — è introdotto attraverso la cannula nel sacco, per quanto è fattibile: e per entro ad essa è injettata la tintura di jodio col mezzo di

un grosso schizzetto, ed è portata quanto più si può, a contatto di tutta l'interna superficie del sacco stesso. Alcuni usano una bottiglia elastica, quale apparato injettante; ma qualunque istrumento sia usato, dovrebbe avere sufficiente forza, per ispingere il fluido alla parte la più distante della cisti, e per impedire, che rifluisca attraverso l'apertura, nella cavità peritoneale: caso non inverisimilmente soggetto ad avvenire, quando la tintura sfugge soltanto dolcemente dall'estremità della sciringa, ed in alto sia respinta dal semplice contatto delle pareti della cisti, che si deprimono, o da qualsiasi leggero ostacolo innanzi ad essa. La soluzione di jodio, che ho usata, è stata la tintura della Farmacopea d'Edimburgo, non diluta, preparazione tre volte circa più forte della tintura di jodio, secondo la formola del Collegio di Londra. Di questa forte tintura ne injettai dalle quattro alle otto oncie, e fu mia pratica di lasciarla stare nella cisti, essendo tenuta l'operata giacente supina, e possibilmente per molte ore, p. e. per 48 ore. Alla fine di questo tempo, applicai una soffice, ma stretta compressione, col mezzo di compresse e bendaggio.

Sorgerà in molti l'idea, che questo procedere possa essere assai doloroso; ma il fatto è, che ogni penosa sensazione accompagnante l'injezione di jodio in una cisti ovarica è perfettamente l'eccezione alla regola. Ma se l'apparato nervoso de' sacchi ovarici è così scarso, o mancante del tutto, non è altrettanto della loro facoltà assorbente: per cui in pochi minuti dopo l'injezione, è sentito nella bocca il sapore del jodio, ed in mezz'ora il jodio può essere scoperto nelle orine, nel sudore, nella saliva, e nelle lagrime — in breve, in ogni secrezione del corpo. I suoi effetti generali anche si manifestano tosto nell'economia, ed il vomito, e la prostrazione prodotta, sono fra le più incomode e dannose conseguenze di questo modo di cura, e richiedono il largo uso de' stimolanti.

Il fu Sig. Bonnet, di Lione, era il più grande patrocinatore della cura dell'idrope ovarico mediante le injezioni jodate, ed asserisce nella sua opera (*Jodoterapia* Pa-

rigi, 1855.), ch'egli non ha mai osservata alcuna dannosa conseguenza susseguirle. Il suo modo di agire differisce in molti punti dal mio. Per esempio, egli non rifiuta le cisti col contenuto viscido e fortemente albuminoso, come non appropriate a questo trattamento, ma consiglia, che quando tali materie non sortissero facilmente, dovrebbe essere injettata nella cisti dell'acqua tiepida, od una debole soluzione jodata, che sarebbe come impastata colle materie contenutevi, e l'inferma dovrebbe essere posta in una posizione differente per favorire la mescolanza della soluzione jodata con esse, non che il suo contatto con la parete del sacco in tutti i punti. Pertanto, egli tiene la cannula infissa nella cisti, e quando è necessario, la cambia, sostituendovi in ogni occasione una di più grosso calibro: il suo oggetto essendo, di assicurare l'adesione della cisti alla parete addominale, e di mantenere per un dato tempo un'apertura fistolosa. Egli ha cura di lasciare che la cisti si scarichi del suo contenuto due o tre volte al giorno, e ripete le injezioni ogni due o tre giorni, e ciò per lo spazio generalmente di diversi mesi. Finalmente, la composizione del fluido da lui injettato, non è sempre la stessa; raccomanda da prima una mescolanza di 100 parti d'acqua con 100 di tintura di jodio, e 4 di joduro di potassio; di poi raddoppia la dose della tintura, e quando la cisti è considerevolmente diminuita si serve della tintura pura.

Kiwisch (Op. cit., p. 165) critica questo piano di cura. Egli dice » *Noi una volta lo vedemmo applicare con un risultato rapidamente fatale, e le relazioni di altri medici sembrano egualmente essere sfavorevoli. La reazione non è mai in potere del pratico, e tutta la cura dovrebbe essere subordinata qual mezzo ausiliario al metodo precedentemente accennato.* » (la formazione di un'apertura fistolosa nella cisti). I fautori per l'injezione jodata obbietteranno facilmente al modo generale di discutere sul suo merito; perchè Kiwisch non ci dice, quale specie di caso era quello, in cui il processo sperimentato, mostrossi rapidamente fatale, giacchè potrebbe essere stato uno dei meno appropriati per l'injezione stessa; come

anche il suo riferirsi all'esperienza di altri, è troppo esteso ed illimitato, per aver forte peso in un argomento. ([17])

Il Dott. Simpson, d'Edimburgo, ricorse a questo piano di cura nel 1853 e 1854, in 7 od 8 casi, servendosi ogni volta di due o tre oncie della tintura di Edimburgo, una porzione della quale in alcuni casi lasciò escire. Le conclusioni, alle quali egli giunse, come sono esposte nel *Giornale mensile di Scienza Medica* (1854, p. 467) erano, che =

1.° *In niuno de' casi d'idrope ovarico, curati coll'injezione jodata dopo la puntura, ha egli mai veduto alcun considerevole aumento del dolore locale susseguire all'injezione, salvo una sola eccezione. In molti casi non si sentì dolore alcuno; ed in nessuno insorse febbre od irritazione costituzionale. Nel solo caso eccezionale, susseguì considerevole irritazione locale, ed il polso si accelerò a 100. Ma gli stessi fenomeni si verificarono nella medesima paziente dopo precedente puntura senza l'uso del jodio.*

2.° *Mentre la pratica sembra tanto lontana, da essere perfettamente sicura di sè stessa, mostrossi in nessun conto profittevole, come nell'idrocele, a prevenire la riaccumulazione del fluido idropico: giacchè in diversi esempj, l'effusione nel sacco sembrò aver luogo così rapidamente, come dopo una semplice puntura, senza l'injezione jodata.*

3.° *Solo in due, o tre de' casi, l'injezione jodata sembrò avere per del tempo del tutto arrestato il progresso della malattia, e di aver prodotta l'obbliterazione della cisti punta, non essendovi segno alcuno di qualsiasi raccolta, abbenchè alcuni mesi siano di già trascorsi dalla data dell'operazione.*

4.° *Finalmente, più estesa esperienza si richiederà per istabilire con maggiore precisione le speciali varietà dell'idrope ovarico più suscettibili a trarre profitto dalle injezioni jodate, l'epoca appropriata all'operazione, la quantità di tintura da injettarsi, ed altre circostanze correlative. Forse la mancanza di successo in alcuni casi è nata da una quantità insufficiente del jodio usato, non essendosi posto a contatto di tutto l'interno della cisti. Il*

più grande vantaggio senza dubbio se ne potrebbe attendere nella rara forma di cisti uniloculare. Nelle ordinarie cisti composte, la più grande, o la più preponderante cisti, è per solito la sola aperta nella paracentesi, ed anche se venisse obbliterata, non impedirebbe, che in appresso alcune altre cisti più piccole non s'ingrossassero, e si sviluppassero nella solita grave forma di malattia. »

Il Dott. C. Edwards, di Cheltenham, espose nella *Lancetta* Agosto 1856, un caso interessante, di una cisti multiloculare, nella quale egli injettò, con successo, dieci oncie di tintura di jodio d'Edimburgo. Nell'operazione egli si servì del trequarti più grosso, che gli raccomandai nel consulto, che avemmo in precedenza sul caso; e d'un catetere prostatico da uomo del N. 16, con una vite per quest'uso, onde innestarvi una bottiglia di gomma elastica fornita di un rubinetto. Il fluido evacuato dalla cisti, era molto denso, viscido, e di un colore bruno, come di salamoja di funghi.

Alcun dolore era risentito dall'injezione, ed in seguito il sintoma più saliente, fu un forte vomito con prostrazione, che richiese la larga propinazione di stimolanti.

Pochi altri casi dell'uso delle injezioni jodate nell'idrope ovarico, sono ricordate nei Medici Giornali (p. e. la *Lancetta*, 1857, vol. 1. p. 605), però occuperebbero troppo spazio, se si citassero nella presente Opera.

Caso I. — J. S., età 40 anni, ammessa nell'infermeria Boynton, Ospitale S. Maria sotto la mia cura, il 5 Marzo 1857. Dell'età di diciotto anni, essa s'accorse che il suo addome ingrossava senza dolore, e l'ingrossamento crebbe fino a venticinque anni, nel qual tempo essa fu punta, e furono estratti dai sette, agli otto *quarti* di fluido chiaro. Dallora si riempì di nuovo la tumidezza, e le cagionava grande incomodo pel suo peso e compressione. La sua salute generale si mantenne buona.

11 Marzo. Punsi la cisti ovarica nella linea semilunare, e ne estrassi sedici pinte e mezzo di un fluido color paglia, leggermente albuminoso, ed immediatamente dopo injettai sei oncie di tintura di jodio fatta secondo la for-

mola del Collegio d'Edimburgo. Alcun dolore susseguì all'operazione; però sei ore dopo, il jodio trovossi nel vomito e nell'orina. — 12 detto. Soffrì assai di malessere con prostrazione, e le fu ordinato il largo uso di stimolanti. — Al 13 detto, passò una notte agitata. Da questo momento gradatamente si ristabilì, senza che alcun fenomeno insorgesse, e lasciò l'Ospitale, essendo il sacco grandemente ristretto, non contenendo più che un *quarto* di fluido riaccumulato, che non mostrava tendenza ad aumentarsi. Nella salute del generale migliorò d'assai, ed ogni giorno acquistava forza. D'allora ebbi spesso notizie di questa inferma; essa continuò perfettamente bene, ed il sacco rimase inattivo, e per nulla cresciuto in volume, dacchè lasciò l'Ospitale.

Caso II. — La Signora C., dell'età di 26 anni, di una delicata costituzione, improvvisamente s'accorse di un'accrescimento del lato sinistro dell'addome, che si riconobbe essere un'idrope ovarico, e progredì così rapidamente, che nel breve spazio di sei mesi, fu necessario di sollevarla mediante la puntura, colla quale furono estratte circa sedici pinte di un fluido scuro grandemente albuminoso. Dopo sei settimane il fluido si era talmente riaccumulato, che la puntura era di nuovo richiesta; e sette settimane dopo la data di questa seconda operazione, essa si affidò alla mia cura, ed allora soffriva di grande incomodo dalla distensione addominale.

La cura coll'injezione fu discussa, ed io allora esternai agli amici, che per la durata della malattia ovarica, ed il suo carattere multiloculare, la probabilità della guarigione mediante qualsiasi cura non poteva essere preveduta, ma che quella che veniva suggerita, benchè non scevra da qualche pericolo, poteva rendere un reale sollievo. Avendo lasciata la decisione alla paziente ed ai suoi amici, ed ottenuto il loro assenso, injettai la cisti, il 13 Novembre 1857, nel solito modo, dopo di averla completamente vuotata mediante la puntura, con cinque oncie di forte tintura di jodio d'Edimburgo, e la lasciai soffermarvisi. La paziente era meno incomodata dell'ordinario dal jodio, e benchè insorgesse il vomito, e che la sostan-

za si scoprisse nelle materie emesse dallo stomaco, non potè essere trovata in apprezzabbile grado nella saliva, e nella orina. Sotto la libera amministrazione di stimolanti, l'inferma era convalescente in quattro giorni, ed in dieci tanto migliorata nella salute generale, da essere atta di escire in una sedia da bagni. Il tumore ovarico era grandemente rimpiccolito, e per tutto il tempo ch'essa rimase sotto la mia osservazione, non vi fu riaccumulazione di materie nella cisti che fu injettata. Sfortunatamente perdei di vista l'inferma, e non sono perciò in grado di completare la storia del suo caso. ([18])

4. Incisione nella Cisti, e formazione di un'Apertura Fistolosa, od Ovidutto Artificiale.

Questo ingegnoso e ragionevole piano di curare l'idrope ovarico colla vista di guarirlo, sembra essere stato per prima consigliato e praticato da un celebre chirurgo Francese, il Le Dran, che riferì, in un modo assai grafico, ed interessante il primo suo concepimento del piano, e la sua esperienza su d'esso nelle *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, ed in seguito più estesamente, in un'opera intitolata *Plusieurs observations et Mémoires sur l'Hydropisie enkystée, et le Squirre des Ovaires.* Nella prima edizione del mio libro sulle *Malattie Chirurgiche delle Donne*, stimai la communicazione di Le Dran de' suoi casi di sufficiente interesse per citarla alla fine, però la ristrettezza dello spazio mi fa astenere dal riprodurla nella presente Opera; io pertanto vi alluderò brevemente.

Riflettendo al sollievo procacciato dalla puntura, Le Dran pensò, che se egli avesse potuto prevenire il riempimento del sacco, avrebbe effettuata una guarigione, od almeno prolungata la vita. Per quest'oggetto egli fece (nel 1836) un'incisione di circa quattro pollici attraverso la parete addominale e la cisti, in corrispondenza della linea alba in una Donna che fu punta parecchie volte innanzi; medicò la ferita con piumaccioli di fila, e rimpiazzò la cannula con un tubo fatto con foglia di piombo, proporzionato nel diametro all'ampiezza della ferita, attraverso cui

poteva ottenersi lo scarico dalla cisti. Restringendosi la ferita, egli diminuiva il volume dei tubi, e mattina e sera injettava il sacco, prima con detergenti, e poscia con lozioni stimolanti. Alla fine di cinque mesi il tubo era tolto, ed era lasciata soltanto una piccola apertura fistolosa, attraverso cui alcune goccie di pus continuavano a colare. Benchè le pareti della cisti si riavvicinassero, nessuna unione ebbe luogo.

Questo sacco così distrutto ne aveva per di più un'altro attaccato a lui, che da principio si sentiva solido, ma dopo s'infiammò e si riempì di pus, e fu vuotato da Le Dran mediante un'incisione praticata attraverso la parete addominale, colla quale sembrava aver contratto aderenza. La paziente sopravvisse per quattro anni in buono stato di salute.

In una seconda inferma, evidentemente sofferente d'una cisti ovarica composta, egli seguì un piano simile, ma ad un primo stadio, e la suppurazione si stabilì così rapidamente, con un corrispondente rapido decrescimento della cisti, che alla fine di sei mesi solo un cucchiajo di liquido al più esciva dal tubo. Per due anni persistè uno scarico leggiero, quando un giorno la paziente, essendosi estratto il tubo per pulirlo, fu incapace di riporlo, ed in breve tempo la ferita si chiuse completamente.

Dall'epoca di Le Dran l'incisione nella cisti è stata frequentemente praticata, non tanto spesso invero, con una vista curativa, ma come espediente del caso, reso necessario dalla viscidità del contenuto di una cisti, che impediva la sua sortita attraverso una cannula, o per tentativo di estirpazione abortito per adesioni del sacco; e come il timore in tali casi era, che il contenuto del sacco inciso potesse sfuggire nella cavità peritoneale, e provocare una peritonite, si è cercato, come osserva Kiwisch (Opera citata p. 167), di stabilire un'adesione fra il luogo punto e la parete addominale. *Ciò fu fatto sia coll'esterna applicazione di caustici (Recamier, Tavignot, e diversi altri), o colla ripetuta infissione di varii aghi nella loro circonferenza (Troussau), o coll'applicazione d'un istrumento (Rambeaud), che fissa la cisti alla pa-*

rete addominale mediante sottili uncini diretti all' interno, o lasciando allo scoperto la cisti; col praticare incisioni dalla parete addominale alla cisti, e ciò continuare fino a che si sono formate delle aderenze, per praticare allora la puntura o l'incisione.

Nella mia opera sulle *Malattie delle Donne* (Ediz. 1.ª) asserii dietro informazione gentilmente fornitami dal Dott. Fergusson, che l'operazione per incisione fu diverse volte praticata a Parigi con successo, essendosi ottenuta l'adesione del sacco alle pareti addominali col pungere il sacco attraverso di esse alcuni giorni innanzi di far l'apertura. Annunziai pure essere anche stata praticata in Germania ed in America, ed in quest'ultima dal Dott. Prince, di Missourì. Kiwisch fornisce altre informazioni, e dopo di aver detto, che Delaporte, Velpeau, Portal, ed altri, ricorsero a questo processo in Francia, egli cita » *un caso contenuto nelle Transazioni di Filadelfia, ed un'altro nella Gazette Médicale di Parigi pel 1838. Nell'ultimo caso l'operazione fu eseguita dal Dott. Mussey in Nuova York.* » Di più egli ci parla nel Dzondi, Galenzowsky, e Buhring, e ci dice che hanno addottato questo metodo di cura, ne' casi, ove fallirono tentativi di estirpazione, e particolarmente cita il Dott. Buhring qual paladino di questa pratica. Questo medico operò tre volte — due volte in casi di cisti composte — in cui seguì la morte nel corso di alcuni giorni; ed una volta ove la cisti era semplice, ed in questo caso il successo fu perfetto e completo.

Nel Gennajo 1850 (*Giornale Mensile di Scienze Mediche*, 1850, p. 179), portai a cognizione de' Colleghi ciò che ho pensato fosse un perfezionamento di Le Dran in questa operazione: la variazione consistendo specialmente nel fare l'apertura nella linea semilunare, in luogo della mediana, e nel cucire i labbri dell'incisione del sacco alla parete addominale. Io era condotto a proporre questa variante, riflettendo sopra un caso pubblicato dal Sig. Bainbrigge, di Liverpool, che praticò in due casi l'operazione del Le Dran, il primo de' quali, io credo terminasse colla morte, ma il secondo in seguito pubblicato

nel *Giornale Provinciale Medico-Chirurgico,* fu felice. Nell'ultimo caso il Sig. Bainbrigge fece un'incisione nella linea mediana fra l'ombellico, ed il pube, intendendo di cucire il sacco alla ferita esterna, che doveva esser tenuta aperta coll'introduzione d'un piumacciolo di filaccie, in guisa da permettere la continua evacuazione del contenuto della cisti ovarica a mano a mano che si veniva formando. Però essendo avvenuto che il Sig. Bainbrigge trovasse complete le previe aderenze del sacco, le suture proposte diventavano inutili. La paziente venne quindi posta in posizione prona, e così tenuta per alcune settimane. Il risultato fu del tutto soddisfacente.

Si deve osservare, che qui la posizione prona era mantenuta — come necessaria alla libera escita del fluido secreto — per lungo tempo. Ora mi convinco, che una tale operazione potrebbe essere eseguita con grande probabilità di successo, e con minore incomodo della paziente, facendo un'incisione *lateralmente* nella *linea semilunare*, dove appunto io infiggo il trequarti nel pungere una cisti ovarica. Un'opportunità per mettere in pratica questa idea mi si presentò, ed i vantaggi, che io mi era figurati poterne derivare, pienamente si realizzarono.

Caso I. — La Signora R., età 39 anni, a me diretta dal Dott. Riccardo Bright, si affidò alla mia cura nel Maggio 1847, soffrendo d'idrope ovarico. La cisti era multiloculare; un sacco scomparve sotto il combinato effetto della puntura, della compressione, e dei mercuriali; ma un secondo apparve sei mesi dopo che fu punta — Febbrajo 1848 — ed estrattene sette pinte d'un fluido viscido, mucillaginoso. Nel seguente Luglio, ingrossandosi di nuovo il ventre, tre cisti erano punte, scaricandosi dalla più antica un fluido lattiginoso, e grandemente albuminoso; dalla seconda un siero trasparente, ma pure albuminoso; e dalla terza, di piccolo volume, un fluido color paglia, non albuminoso, ammontando ad undici pinte l'intera quantità evacuata. Benchè ne seguisse un sollievo, le cisti si riempirono di nuovo e sopravvennero dolore, ed altri sintomi dell'infiammazione suppurativa. Al cominciare dell'Ottobre, una quarta puntura fece escire

un fluido limpido appena colorito, e dopo altro fluido purulento e fetente, in tutto sedici pinte. Dopo ciò, la raccolta del fluido ritornò con più grande rapidità che mai, quando coll'annuenza del Sig. Fergusson, io mi decisi alla seguente operazione.

11 Ottobre. Assistito dal Sig. Fergusson medesimo, dal Sig. Nunn, e da altri, ed il cloroforme essendo amministrato dal Dott. Snow, collocai la paziente in posizione orizzontale, vicino alla sponda del letto, e feci un'incisione della lunghezza di due pollici, nella metà circa fra l'ombellico, e la spina anteriore superiore dell'ileo, disseccando diligentemente il peritoneo. Quindi feci una seconda (più breve) incisione ad angolo retto colla prima, che si estendeva dalla sua inferiore terminazione all'interno e verso la linea mediana. Il lembo così formato fu disseccato all'indietro, scoprendo il peritoneo con la sottostante cisti biancastra che traspariva attraverso di esso. Introducendo un trequarti di grosso calibro all'angolo di riunione delle due incisioni, io ritirai nove pinte di fluido contenenti pus, e materia tomentosa, e prima di ritirare la cannula, divisi il peritoneo in linea alla più lunga incisione; ed avendolo ripiegato da ciascun lato, cucii la cisti al tendine del muscolo obbliquo esterno, avendo cura di non interessare alcuna porzione di muscolo o di peritoneo. Il tempo successivo era di rimuovere la cannula, e con un pajo di forbici dividere la cisti fra le suture; un pezzo di pannolino immerso nell'olio era quindi insinuato ed assicurato mediante striscie adesive, finalmente l'esterna ferita era parzialmente chiusa alle sue estremità con punti di sutura.

Per i primi cinque giorni dopo l'operazione i progressi fatti dalla paziente erano molto soddisfacenti; ma il 16 Ottobre (6.° giorno) un arrossamento della superficie divenne visibile, e si estendeva dalla ferita al dorso, e nel giorno appresso s'aggiunse malessere e continuò questo stato successivamente. Il flusso dalla ferita, fu in precedenza libero, ora però pensai conveniente d'injettare, due volte al giorno, una quantità di lozione contenente due dramme di tintura di jodio in una pinta d'acqua,

nonostante in breve le materie scaricate, divenendo assai fetide, sostituii una injezione di cloruro di calce. A questo periodo eravi grande esaurimento di forze ed insonnio, insieme a frequenti deliqui, e considerevole dispnea, e le materie scaricate dalla cisti divenendo assai profuse, logorarono il poco che le rimaneva di forza. La paziente si prostrò rapidamente, e morì il 9 Novembre, un mese dopo l'operazione.

Un esame necroscopico era istituito nel giorno appresso alla presenza del Sig. Nunn, ed altri Signori. Vi era grande emaciazione. All'apertura del torace, si trovò il diaframma all'altezza della terza costa, e la base del cuore rimaneva fra la prima e seconda costa. Il polmone destro era spinto in alto dal fegato che era giunto all'altezza della terza costa. Solide ed estese adesioni pleuritiche esistevano. Il polmone destro conteneva più aria che il sinistro, il quale benchè crepitante era molto congestionato, come anche contratto e raggrinzato, non essendo suscettibile ciascun lobo di contenere che poca aria. Poco nulla di fluido esisteva nel pericardio. Il cuore era molto adiposo; le orecchiette rimarchevolmente piccole, come tale invero era l'intero organo. L'orecchietta destra conteneva del sangue coagulato. Il destro ventricolo era molle e flacido, mentre il sinistro era più grosso e più duro del naturale, resistenti le sue *columnae carneae*, e le sue *cordae tendineae* molto solide e rigide. Normali le valvole. Il fegato non solo s'innalzava in alto nel petto spingendo in alto il destro polmone, o sotto la terza costa, ma era anche più ingrossato ed arrotondato, il destro lobo rassomigliando in figura e volume alla testa di un feto. Il suo parenchima era grandemente vascolarizzato, ed oltremodo soffice. La milza normale; lo stomaco molto disteso da gas; i reni assai ingrossati, rammolliti, pallidi e facilmente lacerabili dalle dita. La cisti ovarica si trovò per ogni dove aderente alle pareti addominali in prossimità dell'incisione laterale. Sollevando la cisti trovammo alla sua superficie posteriore un'apertura ulcerata di non molto recente data, attraverso della quale esisteva una comunicazione coll'interno di una cisti più piccola, ed attraverso a questa con

diverse altre parimenti piccole, alcune delle quali apparivano essersi formate più recentemente. Il contenuto di queste diverse cisti variava in carattere: alcuno essendo scuro, denso, e fetido, l'interna membrana disseminata di punte ossee; altro più recente, color paglia o purulento. L'utero normale, eccetto alla sua superficie posteriore, ove egli era indurito per molte piccole nodosità. Il risultato di questo caso fu infelice, ma la cattiva riuscita non offre testimonianza contro il valore dell'operazione, essendo essa stata conseguenza di generale indisposizione morbosa. Il fegato ingorgato ed ingrossato, l'innormale condizione dei reni, i polmoni raggrinzati, ed aderenti, compressi alla metà del loro volume naturale, e finalmente il volume non meno diminuito del cuore e l'ammorbata sua tessitura, offrono un'ampia spiegazione del fatale risultato. I frequenti deliquii, e la dispnea sopravveniente ad ogni cambiamento di posizione, o ad un subitaneo muovimento, indicavano nel petto un grave cambiamento organico, ed un diminuito potere del cuore.

Lontani quindi dal riguardare l'operazione come causa della morte, possiamo ritenere, che, prendendo in considerazione le estese e gravi lesioni viscerali, il carattere multiloculare, e l'antichità della malattia ovarica stessa, la debolezza della paziente, e la compressione sostenuta dai visceri toracici, l'operazione ebbe tanto successo, quanto la vita fu da essa prolungata; e se le forze dell'inferma fossero state sufficienti, noi dobbiamo ritenere che le cisti si sarebbero distrutte colla suppurazione.

Il Caso II. era quello di una donna maritata, madre di quattro figli, la quale essendosi scoperto soffrire d'idrope ovarico, dal suo Medico curante, il Sig. Evan B. Jones, era a me inviata nell'Aprile 1850.

La trovai che era stata punta dal Sig. Jones, circa sette settimane innanzi immediatamente dopo la nascita del suo ultimo figlio, e furono ritirate venti pinte di fluido. Il sacco si riempì in seguito di nuovo assai rapidamente; fu obbligata di guardare il letto, ma non potè rimanervi giacente per timore di dispnea. Essa asserì, che era già da parecchi anni che scoprì un tumore nella fossa ilia-

ca destra, e che le fu detto, trattarsi d'un idrope ovarico. Però dalla sua comparsa, essa ebbe parecchi figli. Dopo che fu punta, si poteva sentire un corpo duro in apparenza entro alla cisti.

All'esame, la cisti sembrò sottile, e più profondamente nella fossa iliaca destra potei sentire un tumore solido, che pensai essere una cisti non sviluppata e contratta. La fluttuazione era distinta.

Quest'inferma desiderava che si tentasse qualche ulteriore operazione, ma la sua estrema debolezza, e cattivo stato del generale, non promettevano, che un incerto ed infausto risultato.

Tuttavia mi determinai di provare il metodo dell'incisione laterale, e di cucire il sacco alla parete addominale. Al 18 pertanto, procedei all'operazione, assistito dal Sig. Nunn, Sig. Jones, e Sig. Henty Smith. Avendo fatta un'incisione obbliqua, simile nella posizione ed estensione alla prima della mia antecedente operazione, e quindi raggiunto il peritoneo, lo trovai quasi per ogni verso aderente al sacco sottoposto. Ritirandone circa venti pinte di fluido, prima mi diedi a cucire il sacco al tendine aponeurotico del muscolo obbliquo esterno; ciò fatto, aprii la cisti colle forbici nell'intervallo de' punti, come appunto nella prima operazione. Introducendovi il mio dito, sentii la solida massa (innanzi scoperta dall'esterno), che era cedevole al tatto, e manifestamente entro alla cisti liberata del suo contenuto, ed era infatti una cisti non sviluppata.

Nel giorno appresso essa trovavasi rimarchevolmente bene, e continuò in progresso in modo favorevole per quindici giorni. Disgraziatamente però, alla fine di questo periodo, essendosi in antecedenza mossa dal suo letto ad un sofà, si espose ad una soppressione di sudore, rimanendo accanto ad una finestra aperta. La conseguenza ne fu una forte infreddatura, accompagnata da febbre, che si protrasse a parecchi giorni. Quindi l'addome cominciò ad accrescersi nella regione della cisti, e lo scarico umorale in antecedenza abbondante, diminuì considerevolmente.

Introducendo il mio dito nella ferita, trovai, che aderenze avevano avuto luogo fra le pareti della cisti, ed il solido tumore contenutovi, e perciò la cavità del sacco presentavasi ora divisa in due compartimenti, uno de' quali solo poteva vuotarsi attraverso l'apertura: l'altro per conseguenza venne disteso dall'accumulamento della secrezione. Io riuscii nonostante a rompere col dito queste recenti aderenze, dando libertà al fluido imprigionato. Per evitare il rinuovamento di questo fatto, introdussi uno stuello di filaccie in guisa, da incrociare il tumore, e da rimanere fra esso, e l'unita parete della cisti.

Da questo periodo, la paziente continuò a migliorare rimarchevolmente, soffrendo soltanto ogni due o tre settimane di accessi di vomiti biliosi, con singhiozzo e prostrazione di forze. Alla fine di Maggio essa cambiò la sua dimora all'occidente di Londra, come più vantaggioso, e la sua salute di tanto si migliorò, che venne in grado di fare del moto quasi ogni giorno.

A questo periodo l'operazione era considerata da diversi medici, che la visitarono (fra i quali il Sig. Fergusson ed il Sig. Ure) come di esito perfetto. In fatti la paziente passeggiava, e cavalcava parecchie miglia al giorno.

Nell'Agosto il Sig. Ure la vide, mentr'essa soffriva di uno dei suoi forti attacchi biliosi, e dall'edema della sua faccia dubitò dell'esistenza di malattia renale. La sua salute che aveva lungamente sofferto per le sue abitudini disordinate, ora cominciò ad alterarsi seriamente: vomiti incessanti continuarono per tre giorni di seguito, e sopravvenne una paralisi del sinistro lato. Qualche sollievo seguì l'uso delle sanguigne generali e topiche, ma l'esaurimento più presto si manifestò chiaramente, ed essa morì, dopo di essere caduta in condizione comatosa quattro o cinque giorni innanzi.

Nel giorno appresso fu fatta l'autopsia, coll'assistenza del Sig. Nunn. Le seguenti annotazioni furono fatte nel praticarla. Il corpo bene sviluppato, con una considerevole quantità di adipe sottocutaneo. Nessuna esistente peritonite appariva all'apertura dell'addome. La cavità della pelvi conteneva un'oncia e mezzo di fluido puriforme che

era parte anteriormente, e parte posteriormente all'utero. Questo pus evidentemente sortì dalla massa della destra ovaja, sane essendo le insaccature vescico-vaginale e retto-vaginale.

Una cisti, capace di contenere un arancio occupava la destra ovaja, ed era situata al legamento largo, il suo lato interno ad un pollice distante dall'utero, il suo esterno in contatto con il margine della pelvi. Questa cisti comunicava col mezzo di un canale fistoloso, d'un pollice e mezzo di lunghezza, coll'esterna apertura fatta nell'operazione. La parte posteriore inferiore della cisti era disorganizzata, e rammollita, e lacerata in un punto, lasciando libera escita al suo contenuto sotto la più piccola pressione. Attraverso quest'apertura lacerata, era evidentemente colato nella pelvi il fluido puriforme, e senza dubbio questa lacerazione avvenne nell'esecuzione dell'autopsia, perchè se fosse esistita precedentemente il sacco sarebbe stato più completamente vuotato, e certamente si sarebbero incontrati alcuni segni di recente peritonite.

La sinistra ovaja, ed i legamenti erano sani. La superficie dell'utero era piuttosto rossa e vascolarizzata, ma senza traccie di peritonite. Nel tramite del canale fistoloso erano tre o quattro piccole cisti varianti in grossezza, da quella di un grano di ribes ad un grano d'uva. I tessuti attorno la ferita ed il canale fistoloso erano pallidi, ma sodi e normali. I reni ingrossati molli e pallidi. Il fegato rimarchevolmente giallo, il cervello pallido e soffice più dell'ordinario. Io credo, che si ammetterà generalmente, che il caso surricordato fu fortunato, per ciò almeno che risguarda all'operazione. I sintomi letali furono altri, che quelli dipendenti dall'operazione, e la morte non ebbe luogo che quattro mesi dopo. Il gran sacco è stato interamente eliminato, e noi possiamo conchiudere, che se la salute generale della paziente non avesse fatto difetto, sarebbe stato seguito dalla distruzione ed eliminazione del più piccolo, trovato dopo la morte.

Caso III. — La Signora W., età anni, 41 era dalla sua infanzia sempre stata rimarcata di voluminoso addome, ma godeva buona salute, eccettuato il soffrire di eventuali

attacchi biliosi. Nel 1848 la sua salute non era così buona, soffriva d'indigestione, e di disordini gastrici, con una sensazione di calore in gola procedente dall'addome; ma ei non fu che fino al Marzo 1850, che essa chiese un medico consiglio, nel qual tempo consultò un Medico, che la dichiarò affetta da idrope ovarico. Essa rimase sotto la cura di quel Signore fino al Giugno, e nel frattanto il suo addome cresceva del doppio dal suo primiero volume. Desiderando un ulteriore consiglio, essa consultò un altro Medico, che le prescrisse alcune medicine, e le raccomandò la puntura.

Nel Luglio in che era da me visitata, la ritrovai che soffriva considerevolmente dalla compressione del tumore ovarico sui visceri toracici. L'apparenza generale dell'addome, ed un diligente palpamento mi convinsero, che questo era il caso d'una malattia ovarica multiloculare, con estese e forti aderenze. Bisognava quindi dedurne, che non si poteva ricorrere all'operazione dell'estirpazione, che la compressione sarebbe stata insufficiente, e che la condizione della paziente richiedeva un pronto sollievo. Sull'ultimo soffrì di frequente e fiero dolore al lato destro del tumore, ed essa stessa desiderava grandemente di essere sottoposta ad una operazione.

Al 1 di Agosto, il Dott. Suow, avendola posta sotto l'influenza del Cloroformio, io procedei all'esecuzione dell'operazione, assistito dal Sig. Nunn, ed altri Medici amici. L'incisione fu fatta al sinistro lato e nella solita posizione, ed il peritoneo essendo scoperto e diviso, trovai delle assai forti aderenze al suo destro lato, non suscettibili di essere lacerate. Il carattere multiloculare della malattia, quale fu precedentemente diagnosticato, era reso evidente, due cisti erano aperte in quest'incontro, ed evacuato un fluido grandemente albuminoso. Molte altre piccole furono lasciate intatte. Io non ricapitolerò qui i diversi tempi dell'operazione, che erano sotto tutti i riguardi i medesimi come nei casi precedenti.

Nel giorno successivo all'operazione, l'infiammazione si sviluppò nei sacchi, ma era domata in tre giorni: furono impiegati il salasso, ed altri rimedii antiflogistici. Dopo

che fu libera dall'infiammazione, fu libera anche dal dolore e progredì favorevolmente; si trovò molto sollevata, riprese nutrizione ed era di buon umore. Alla ferita ancora sorsero delle buone granulazioni. In altri dieci giorni però il flusso divenne fetente e la sua influenza debilitante sul generale si manifestò rapidamente; le deboli forze della paziente non essendo sufficienti a sostenere le perdite, e meno ancora le loro malsane influenze, che tendevano a produrre uno stato tifoide, morì dessa il 25 del mese.

L'autopsia fu fatta il 27.

All'apertura dell'addome, fu trovata la cisti generalmente aderente nel suo destro lato, ma libera da adesioni posteriormente. Cercando di lacerare qualcuna delle adesioni inferiori, le pareti del sacco si ruppero ed una quantità di pus ne escì. La cisti aderiva mediante una larga base alla sinistra ovaja. La destra ovaja era ingrossata, e conteneva una piccola cisti. Il fegato era aderente, e spinto in alto fino alla terza costa. Il polmone sinistro aderiva alla pleura costale nel suo terzo superiore. Praticando un'incisione nella cisti, la si trovò formata di molte altre, alcune grandi ed altre piccole.

La causa della morte in questo terzo caso può ammettersi, essere stato l'esaurimento pel flusso copioso, purulento e fetido dalla cisti, aggravato nella sua azione dal debole stato della paziente. Dobbiamo anche attribuire il risultato fatale in qualche modo alla circostanza, che il flusso divenne infettante, stante la riconosciuta influenza nociva, od avvelenatrice esercitata da ogni fetida raccolta di fluido nel corpo.

Lo stato della paziente precedentemente all'operazione era tale, che la vita non avrebbe potuto a lungo continuare, ed io credo che l'operazione stessa direttamente od indirettamente l'abbia di poco abbreviata.

In tali inveterati casi di vecchie cisti multiloculari, aventi estese aderenze, e dove la salute dell'inferma è affranta, il convincimento che ho di presente, è di non ricorrere ad alcuna operazione.

Benchè i tre casi per ultimo riferiti abbiano terminato letalmente per una od altra disgraziata circostanza, nonostante il principio dell'operazione apparisce razionale, ed è stato messo in pratica con felice risultato, e con tal numero di successi, da giustificare la sua ripetizione in casi appropriati, come quelli, dove il sacco è così esteso, così vascolarizzato ed in tal particolare modo situato, che l'estirpazione è controindicata.

Nello stesso tempo si deve ammettere che l'esperienza coll'operazione, è stata fino ad ora molto scoraggiante, perchè la sua letalità ha considerevolmente sorpassata quella dell'estirpazione, e nessun Chirurgo sarebbe inclinato a ricorrervi, eccetto ove trovi impraticabile l'ovariotomia. Quest'ultima operazione ha l'altro vantaggio sull'incisione della cisti che cioè completamente sradica la malattia, che sotto qualsiasi altro modo di cura può riprodursi collo sviluppo di nuove cisti.

Io trovo, che Kiwisch nutre un' opinione simile alla mia sui meriti comparativi dei modi di operazione, onde è discorso. Egli rimarca, che essa è sempre un'operazione pericolosa alla vita, e non meno di quanto lo sia l'ovariotomia, e continua così — » *A nostro credere pertanto, l'incisione può aver solo una razionale applicazione in quei casi, in cui l'estirpazione è indicata e che è impraticabile a motivo di aderenze. Questi casi sono anche i più addatti per l'incisione, perchè alcuna precedente precauzione è richiesta per unire la parete della cisti alla parete addominale. Nello stesso tempo è da osservarsi, che l'operazione è particolarmente indicata per le cistiche formazioni semplici, o che più vi si avvicinano; e che l'incisione dev'esser fatta così estesa, che la mano possa essere introdotta nella cisti per fare un più minuto esame, e che un libero scarico del suo contenuto possa aver luogo durante tutto il processo riparatore. Il Dott. Buhring pertanto attacca speciale importanza all' incisione laterale delle pareti addominali, sicchè l'escita del fluido icoroso possa essere favorito.* »

Io sono contento di trovare da questo ultimo paragrafo, che il mio piano di fare l'incisione lateralmente, pub-

blicato fino dal 1850, abbia l'adesione di questo Medico Tedesco, il quale, a tutte le apparenze, è arrivato alla medesima conclusione da me formulata, ma del tutto indipendentemente. (19)

Precisamente il medesimo principio di cura, come quello per incisione, è stato ritratto da operazioni di minore entità, per istabilire un'*apertura fistolosa* in un sacco ovarico, attraverso cui il suo contenuto possa costantemente sortire, e la sua distruzione per suppurazione possa essere raggiunta. Alcune volte quest'apertura è stata fatta nella parete addominale, ma più frequentemente per la vagina e per il retto; ed il processo venne stranamente chiamato *formazione di ovidutto artificiale.* L'operazione è stata di rado praticata nelle pareti addominali. È consistita nel ritenere la cannula nella cisti, dopochè la puntura fu praticata. Kiwisch riferisce un caso favorevole, in cui questo piano fu addottato, pubblicato da Ollenroth; ed il Sig. Clay (suo abile traduttore) cita in una nota (Op. cit. p. 165) due esempi, communicatigli dal Sig. Alessandro Anderson di Londra, in uno de' quali avvenne una guarigione, dopo grandi sofferenze, mentre nell'altro susseguì la morte alcune settimane dopo l'operazione. » *Dopo la morte si trovò una cisti contratta, vuota, del volume di un lungo bozzolo, ed aderente all'omento colla sua parte superiore. Non si scoprì alcuna traccia di preesistita peritonite.* »

Il commento del Sig. Anderson sopra questo caso è = » *Rivedendo questi casi, v'è poco motivo da raccomandare una ripetizione.* » Ed il Sig. Clay soggiunge = » *Altri casi sono ricorduti oltre ai menzionati, ove questo metodo fu impiegato, e benchè si siano ottenute alcune guarigioni, il successo non è stato tale, da raccomandarlo, come un'operazione da addottarsi generalmente.* »

Kiwisch pure si unisce nello screditarla, e stabilisce le sue ragioni come segue = » *Dacchè in questo metodo è assai difficile di evacuare adequatamente il fluido icoroso formato sotto l'influenza dell'aria, che ha accesso, v'è sempre un pericolo minacciante di grave irritazione infiammatoria, ed estesa distruzione delle pareti cistiche,*

che contengono il fluido icoroso, e dei tessuti circostanti, e v'è anche il pericolo dell'avvelenamento del sangue. Il vero corrugamento della cisti è parimenti a lungo ritardato, perchè forma aderenze colla parete addominale anteriore: da ciò il ritorno dell'ovaja nella sua normale condizione, o è impossibile, od effettuato con maggiore difficoltà, per il che le forze della paziente sono facilmente logorate. Nei casi più favorevoli, la cancrena attacca le pareti anteriori della cisti e dell'addome, e si forma un'ampia frastagliata apertura per la sortita delle materie. »

Il lettore converrà nelle generali colle obiezioni di Kiwisch, ma può essere ammesso, che la cancrena della cisti, e delle pareti addominali, non è un risultato necessario, com'è rappresentato, e che alcuni degli altri mali accennati dall'abile autore, sono piuttosto esagerati, e possono con eguale giustizia essere avvanzati contro il piano dell'incisione nel sacco ovarico.

Il Dott. Tilt ha raccomandata l'apertura delle cisti ovariche colla pasta di Vienna, applicata sugl'integumenti nella linea mediana, un pollice o due sotto l'ombellico, oppure dove le pareti sono più sottili, ed approfonda l'ulcerazione fino al sacco. Le ragioni ne sono così espresse = 1.° di stabilire solide aderenze fra il peritoneo che copre la cisti, e quello che tapezza l'addome; 2.° di effettuare la più piccola possibile apertura ulcerativa della cisti nel centro di queste aderenze; 3.° di mantenere la cisti sempre piena, e solo vuotarla del sopraccarico del fluido, dal quale venga distesa. È indispensabilmente necessario, che la compressione addominale venga a gradi aumentata; com'anche le injezioni di acqua tiepida, per raggiungere il terzo scopo del piano di cura.

Il Sig. Grant Wilson si indusse ad esperimentare questo metodo in un caso favorevole (*Giornale Medico-Chirurgico Provinciale, 22 Gennajo 1851*), in cui la salute era rimarchevolmente buona. L'escara era fatta circa due pollici sotto l'ombellico; un'applicazione di caustico fu sufficiente, ma passarono otto settimane prima, che l'escara fosse bastantemente separata da permettere la sor-

tita del fluido. » *In principio alcuna injezione di sorta fu usata, ma tre o quattro settimane dopo l'evacuazione del fluido, divenne esso purulento, e fetido, e la salute della mia inferma declinò così rapidamente, che temei perderla. Sotto una dieta lauta, chinino per uso interno, e ripetute injezioni nella cisti con acqua calda, essa si riebbe, dopo essere rimasta un mese, o sei settimane in uno stato assai precario. A quell'epoca una debole soluzione di jodio (una dramma di tintura composta in sei oncie d'acqua) era usata senza produrre alcun cattivo effetto. Un pezzo di tubo di gutta-percha fu addattato all'apertura della piaga, ed a questo fu assestato un turacciolo di legno, cosicchè il fluido poteva essere ritirato a dati periodi. Oltre a ciò, la ferita mostrò disposizione a chiudersi permanentemente, e bisognò riaprirla con uno specillo, per evacuare il fluido accumulatovi, soffrendo l'inferma fino a che ciò non fu fatto. Dal tempo che fu introdotta la gutta-percha, ed usata l'injezione jodata, la cisti cominciò a contrarsi, e la paziente a migliorare sollecitamente, e così continuò fino a che si trovò del tutto bene. Il tubo vi rimase quattro o cinque mesi, prima che ne fosse rimosso. Io l'ho di recente veduta, e v'era tuttavia una piccola apertura fistolosa non del tutto chiusa..... ma uno specillo, oltre un pollice, non penetrava in alcuna direzione, ed essa aveva guadagnato nella nutrizione e nelle forze, e si trovò in condizione da riprendere le sue abitudini ordinarie. Credo di essere giustificato, se la chiamo una guarigione, benchè io sarei non troppo disposto, eccettuato in circostanze particolari, di raccomandare a che venga ripetuto simile trattamento.* » ([20])

La formazione di un' apertura fistolosa attraverso la vagina od il retto, fu ricevuta con maggiore favore. Sento, che l'operazione per la vagina sia stata diverse volte praticata nell' Ospitale S. Bartolomeo, e con successo. Duolmi non aver ottenuto la storia dei fatti precisi, e le statistiche di quei casi. Anche quella pel retto riuscì in alcuni casi, ed ottenne favorevoli risultati. La mia esperienza di queste varietà di operazione in discorso si fu limitata, ma io le riguardo nelle circostanze summentovate,

essere più indicate, che la puntura attraverso la parete addominale. Oltre a ciò, *caeteris paribus*, io preferisco perforare la vagina. Tuttavia lo stabilire un'apertura fistolosa attraverso l'uno o l'altro di questi canali, sarà di meno estesa applicazione, e solamente garantibile, quanto la cisti sia più evidente nello spazio retto-vaginale, e sia distintamente fluttuante, ed ove un lungo trequarti colla cannula, possano essere impiegati, e quando l'ultima possa essere lasciata in posto. Per riguardo a questa voluta posizione della cisti, bisogna ricordarsi, che la direzione dell'accrescimento è raramente verso il cul-di-sacco retto-vaginale. (Vedi p. 42.) Io ho ultimamente veduto un caso col Sig. Duffin, di Laugham-place, in cui la cisti era punta pel retto, ed il tubo lasciatovi dentro per breve tempo. Non ebbe luogo alcun riempimento, ma il morbo si trovò connesso con maligna alterazione. La puntura per la vagina era stata in precedenza esperimentata, ma la cisti poco dopo si era di nuovo riempita.

Kiwisch (opera cit., p. 138) dedicò un considerevole spazio sul soggetto di pungere le cisti ovariche per la vagina, e di tenerle aperte col mezzo di grossi tubi o cannule, e lo chiama suo *metodo di cura radicale*, e si mostra molto soddisfatto del successo ottenuto.

Egli fa la puntura così larga, che un dito vi possa passare, e » *dopo ottenuta l'evacuazione, è introdotto nella cisti un robusto lungo tubo uterino, ed allacciato contro gli organi genitali, e lasciato per diverse settimane, finchè ha luogo la diminuzione della cavità della cisti, processo che è accelerato con delle giornaliere injezioni di acqua calda.* »

Questo metodo egli dice, » *è generalmente applicabile alle cisti moderatamente grosse, che non eccedono la grossezza di un utero gravido, e possono essere sentite dalla vagina. Cisti più piccole, tosto che vengano riconosciute, sono com'è naturale, più addatte al suo impiego.* » E più innanzi (p. 144) egli ripete, che l'operazione » *è solamente praticabile in quei casi, ove la cisti può essere distintamente sentita attraverso la vagina; che è particolarmente difficile, quando la vagina è angusta, ed allora de-*

ve essere eseguita con grandissima diligenza, ed anche sotto addizionali circostanze, essa può avere un fatale risultato, come noi l'abbiamo esperimentato in un caso. »

I vantaggi sono, che colla puntura per la vagina, una più perfetta evacuazione della cisti è » *effettuata e mantenuta, e così prevenuta una pericolosa raccolta di fluido icoroso, ed essenzialmente procurata l'atrofia della cavità. Lo spostamento del luogo della puntura è anche non così facilmente prodotto nella puntura vaginale, di quello che lo sia nell'addominale; e l'ovaja raggrinzata dopo terminata la cura, si trova quasi nella sua normale posizione, e quindi si evitano susseguenti sintomi di slogamento, e di patologiche aderenze di quest'organo.* » (p. 143).

Kiwisch dà particolari avvertimenti per eseguire l'operazione, dai quali noi rileviamo, che egli praticava una puntura preliminare per assicurarsi, che aveva a fare con una cisti semplice, e nel tempo susseguente, apriva la cisti con un lungo trequarti curvo, fatte forti pressioni sulla parete addominale, per rendere il sacco più prominente nella parete vaginale. Dopo avere evacuata la cisti il suo tempo successivo era di allargare l'apertura, e per far ciò, » *introduceva una lunga tenta scanalata metallica espressamente fatta per l'operazione..... attraverso la cannula, tanto profondamente nella cisti, che poteva introdurvisi.* » Essendo la cannula ritirata, era spinto entro la tenta un lungo sottile ed appuntato bistourì d'assaggio per allargare sufficientemente la ferita da ammettere il dito, ond'esplorare » *lo stato della superficie interna, e la lunghezza del canale formato dalla ferita.* » Dopo ritirato il dito, il lungo tubo suaccennato era profondamente introdotto nella cavità, e tenuto in posto da un bendaggio a T.

Dopo questa operazione, i sintomi d'infiammazione della cisti non apparivano fino al secondo o terzo giorno, ma uno scarico icoroso, ed un gran dolore continuavano per dieci a venti giorni nelle parti circostanti. » *Nei casi favorevoli, questi sintomi gradatamente davano posto ad uno scarico purulento, che scompariva fra le cinque e le sette settimane, e quindi aveva luogo l'aggrinzamento, e*

la perfetta obbliterazione della cavità..... Egli non è conveniente di rimuovere il tubo, fino a che un considerevole decremento della malattia abbia avuto luogo, perchè la sua rintroduzione è penosa e difficile..... Durante la più gran parte della cura, le pazienti erano costantemente tenute in letto, e poste sotto un regime dietetico scrupoloso.

Kiwisch tentò di semplificare questa operazione, ma non vi riuscì; però il Schnetter di Nuova York, secondo le Note di Scanzoni sull'opera di Kiwisch (p. 143, note a piedi) la perfezionò. Quest' operatore usava un trequarti curvo, ed avendolo infisso nella cisti ritirava il punteruolo, ed introduceva per la cannula un coltello parimenti curvo per addattarlo a questo tubo, e fornito di un tagliente lungo un pollice e mezzo, che poteva essere spinto al di là della cannula. Il coltello e la cannula erano quindi ritirate nello stesso tempo, e la ferita » *dilatata a tale estensione mediante la pressione sul tagliente del coltello, che un dito vi poteva essere convenientemente introdotto. Un tubo elastico, grosso circa come un dito, è quindi insinuato, e fermato ai genitali. Noi ora abbiamo operato due volte secondo il metodo di Schnetter, ed in conseguenza lo possiamo raccomandare per la nostra propria esperienza. Però, per prevenire che il coltello giri nella cannula, il che facilmente ha luogo, e difficilmente fa l'incisione, abbiamo fatta fare una cannula triangolare, ed il manico del coltello pure riceve una forma triangolare. Finalmente egli è conveniente di avere la lama del coltello tanto grossa da prevenire la sua torsione nel tagliare densi e resistenti tessuti.* »

Io non trovo nell'opera di Kiwisch accennato il numero delle volte in cui egli ricorse a questo metodo di cura, nè l'ammontare relativo dei successi da esso ottenuti. Questa ommissione indebolisce assai la sua difesa dell'operazione, che è specialmente fondata sopra teoriche considerazioni. Io invero non desidero di contradire alla sua utilità, ma per renderla vantaggiosa noi abbiamo bisogno di assicurarci della natura semplice della cisti, e della sua accessibilità dal lato della vagina; perchè l'attaccare nel modo proposto una cisti composta, od una di carat-

tere tale, che la sua obbliterazione non si potesse effettuare, renderebbe l'ulteriore trattamento molto più difficile, ed a motivo della situazione e carattere delle aderenze stabilite, interporrebbe un ostacolo insuperabile all'estirpazione.

Finalmente noi apprendiamo dal libro di Kiwisch, che Tavignot preferisce un'apertura fatta pel *retto* in tutti i casi, in cui una cisti semplice può sentirsi dal lato di questo canale. » *Questi casi avvengono, secondo la nostra osservazione, quando in conseguenza di cisti semplici o composte profondamente situate nel cul-di-sacco retto-vaginale, la parete posteriore della vagina è molto prolassata e prominente, nei quali casi le cisti sono certamente più accessibili attraverso il retto, che attraverso la vagina.* »

5. Ovariotomia, od Estirpazione.

(A) *Escisione incompleta, o parziale.*

Quest'operazione per la Cisti Ovarica fu da prima raccomandata, e praticata con successo dai Sig. Jefferson, West, ed Hargraves. Essa consisteva nel fare una piccola apertura della lunghezza circa di un pollice, afferrare la cisti, estrarne il fluido, ed escidere tanta porzione di sacco, quanta poteva esserne tratta fuori per l'apertura. Si vedrà che questa operazione è applicabile solamente ai casi semplici, e che la piccolezza dell'apertura preclude la possibilità d'assicurarsi, durante l'operazione, sia del grado di vascolarità della cisti, che dell'estensione delle sue aderenze. Riflettendo, che non vi è un pericolo più grande in un'apertura di due o tre pollici, che in quella di un pollice solo, il Sig. Wilson, di Bristol, propose, e praticò con qualche considerevole successo, una simile operazione mediante una incisione più lunga, che lo mise in grado di legare i più grossi vasi ramificantisi nella cisti, a mano che erano divisi dal coltello. A questo processo io do la preferenza, per le ragioni seguenti, e per altre non meno importanti, cioè = che esso mette in grado l'operatore di trar fuori dalla ferita uno o più

pezzi di cisti, e di tagliarli irregolarmente, per evitare di dividere i vasi sanguiferi, e la susseguente necessità di legature, com'anche, ove si presentasse la necessità, esso fornisce luogo e spazio per legare con filo i vasi che danno sangue, tagliare i capi delle legature molto d'appresso, ed abbandonarle nell'addome.

L'escisione di una porzione di cisti, è un'operazione meno formidabile, che la completa estirpazione, e meno tediosa ne' suoi risultati che la formazione di un ovidutto artificiale. Ma essa ha un'applicazione limitata. Le condizioni pertanto, che favoriscono il suo successo, sono = che la cisti sia uniloculare, le sue pareti sottili, poco vascolari, poche o niune aderenze, ed il fluido solo leggermente albuminoso, e di gravità specifica leggiera. Quando queste favorevoli circostanze coesistono con una salute generale non alterata, o con assai pochi incomodi, allora solo dovrebbe essere eseguita quest' operazione. Se la compressione fosse stata provata senza successo, o fosse controindicata dall'esistenza di un prolasso di utero, o da qualsiasi altro motivo, esisterebbe un motivo addizionale per tentare questa operazione. Ora preferendo l'incisione più lunga, ed essendo preparati ad estirpare tutta la cisti se sia necessario, il chirurgo sarà in grado di esplorare le parti, e di assicurarsi quale operazione è da scegliersi. Per esempio, se le pareti della cisti si trovano più spesse, e più vascolari, che uno si poteva attendere, sarebbe più sicuro di procedere all'estirpazione dell'intera cisti, dopo legato il suo peduncolo, che di correre il rischio di una profusa emorragia col tagliarne una porzione; mentre, se la cisti si trova essere sottile, uniloculare, libera, e non vascolarizzata, ed il fluido tenue, allora il piano di esciderne una porzione, può essere addottato con ragionevole prospetto di successo.

Questa operazione consiste nell'escidere una porzione della cisti, rimandare il restante nell'addome, e quindi nel chiudere la ferita mediante le suture, permettere ad ogni fluido di fresco separato di effondersi nella cavità del peritoneo, di esservi assorbito, e scaricato pei reni. Questo metodo di cura era da me immaginato (prima

che io fossi a giorno che era stato in precedenza praticato), riflettendo sui numerosi casi registrati, nei quali una guarigione spontanea aveva avuto luogo dopo una rottura accidentale della cisti, e la susseguente copiosa emissione di orina. Un caso specialmente mi fece impressione sull'importanza di tentare una tale operazione; cioè quello di una giovane signora, che fu a lungo curata dal Dott. Enrico Davies per idrope ovarico. In questo caso, la spontanea rottura era seguita dalla scomparsa completa della malattia, e l'idrope non riapparì. Essa morì dieci anni dopo d'infiammazione della dura madre. Alla sezione cadaverica si trovò, che la cisti erasi inflacidita e contratta, e che una fessura di qualche estensione esisteva, che probabilmente fu l'originale screpolatura attraverso cui si vuotò la cisti.

Il *Giornale Med. Chir. Provinciale* (Gennajo 1851) conteneva una communicazione interessante e grandemente pratica del Sig. J. Grant Wilson, sul valore dell'escidere una porzione di cisti, come mezzo di curare l'idrope ovarico. Egli lo praticò in tre casi, ed in due fu felice.

A differenza del mio processo, egli consiglia di trar fuori tanto di cisti quanto può essere facilmente estratto senza scomporre le altre parti contenute nell'addome. Fa anche principio dell'operazione, di tagliar via la cisti, non dappresso la ferita, ma da un pollice e mezzo a due al di qua di questa: cosicchè, quando la porzione di cisti è stata rimossa, i margini tagliati possono essere diligentemente esaminati, e ciascun vaso legato con seta sottile; e consiglia di tagliare i capi delle legature dappresso il nodo, di guisa che dopo, nessuno ne penda fuori dalla ferita.

Per i casi, che sono molto istruttivi, io rimando il lettore alla descrizione del Sig. Wilson stesso nel periodico sunnominato.

In uno dei casi del Sig. Wilson, il sacco da cui egli aveva escisa una grande porzione, sfuggì dentro all'addome, innanzi ch'egli potesse legarvi i vasi, che erano numerosi e grossi. L'emorragia nella cavità peritoneale fu la prima causa del risultato letale. Per ovviare in avve-

nire a questo disastroso accidente, quel pratico immaginò un istrumento, avente due branche, ciascuna lunga sette pollici, che potevano avvicinarsi, ed essere portate e strette a mutuo contatto da una vite, in modo da tenere saldamente afferrata la cisti. I disegni di quest'istrumento sono delineati nel giornale citato.

Io giammai ebbi bisogno di una tale applicazione, e crederei, che dovesse imbarazzare durante l'atto operativo. Una pinzetta dentata (*vulsellum forceps*), ed una intelligente assistenza, sono le sole necessarie per mettersi al sicuro di un accidente di questa sorta.

Più innanzi io ho riferiti i particolari di un caso, in cui il tentativo d'immitare la natura, coll'escidere una porzione di cisti, e lasciarvi un'apertura, riuscì grandemente felice, e di un'altro illustrante le difficoltà, che possono incontrarsi nell'operazione. (Vedi i Casi II. e IV.)

L'operazione della parziale ovariotomia è stata anche praticata dal Sig. Crouch, di Bruton, Somerset, i cui particolari sono pubblicati nel *Giornale dell'Associazione Medica* (20 Gennaro 1854). In questo caso la cisti era molto sottile e vascolare, ed aderente in ogni direzione ai tessuti circostanti. Una porzione, dell'estensione d'una moneta d'uno scudo, fu escisa con un lungo pajo di forbici. » *Non meno di diciasette piccole arterie richiesero l'applicazione di una sottile legatura di seta. Ebbe luogo la suppurazione, il qual processo si protrasse fino alla sua morte, sedici settimane dopo l'operazione. La sua salute aveva considerevolmente migliorato innanzi il suo decesso, che fu subitaneo ed inatteso. La sezione cadaverica mostrò, che la materia era sfuggita dal tumore nella cavità peritoneale, e la parte solida della cisti offriva evidenti traccie di deposito canceroso. L'ovaja sinistra si mostrò sana e solo leggermente ingrossata, L'utero aveva un piccolo tumore fibroso incuneato nella sua sostanza.* »

Il Sig. Clay, di Birmingham ha nella sua elaborata appendice al Trattato di Kiwisch, raccolte le storie di 24 casi di » *parziale escisione dell'ovaja malata,* » inclusovi il mio; e stabilisce, che di questi, 10 guarirono, e 14 morirono; statistica, che certamente pone questo metodo d'operazione in un aspetto assai sfavorevole.

(B) *Escisione completa.*

Questa fu riguardata come l'ultima risorsa, ed il carattere formidabile ed azzardoso dell'operazione distolse molti chirurghi dal tentarla.

Io non intendo di dare una storia dell'operazione dell'ovariotomia; ma posso stabilire, sulle generali, che l'idea dell'intera rimozione della cisti idropica occorse a diversi chirurghi antichi, fra i quali il Bonetus, Schorkopff (nel 1685), Delaporte, e Van der Haar, ma fu condannata da Morgagni, Sabatier ed altri.

Il primo, che tentò l'estirpazione, sembra essere stato Laumonier, di Rouen, nel 1782, e ne contò un esito felice. Delle ultime celebrità in suo favore, si deve far menzione di Dieffenbach, Martini, Siebold e Lizars; e dall'altro lato, del Sig. C. Bell, Liston, G. Hunter, e Seymour. Il Dott. Gross (*Rivista Med. Chir. dell'America del Nord*, Novembre 1860) ritiene, che il Dott. Ephraim Mac Dowell, del Kentucky, sia realmente il primo, che praticò l'ovariotomia, operazione ch'egli eseguì tredici volte, colla guarigione in otto casi: il primo caso gli capitò nel 1809. Il Dott. Grass cerca di mostrare, che le più antiche operazioni del Laumonier, e del Dzondi, non furono affatto esempj di ovariotomia. ([21]) ([22])

Presentemente io credo potere con certezza stabilire, che il numero di quelli, che riconoscono l'ovariotomia per un'operazione legittimata, è in aumento; e senza dubbio è praticata più spesso che prima. Sarebbe inutile qui, di passare in rivista la lunga schiera di coloro, che praticarono l'operazione, o che l'approvano; nonostante nelle susseguenti rimarche sulle sue applicazioni, verranno anche riferite le opinioni di alcuni distinti chirurghi. Io posso intanto avvanzare la proposizione, che se anche le autorità in favore dell'estirpazione dell'ovaja, fossero meno numerose, e meno eminenti di quel che sono, le statistiche di questo metodo, lo raccomanderebbero alla nostra attenzione, come molto più soddisfacente di diversi altri unanimamente approvati dai chirurghi.

Questo punto era bene sviscerato dal Sig. G. Borlase Childs in uno scritto letto innanzi la Società Medica di Londra (1854), ed in cui egli rimarcò, che la mortalità dopo l'ovariotomia, non poteva essere considerata grande, quando si ricordi, come è pratica comune di dilazionare l'operazione fino all'ultimo; e che gli errori alcune volte commessi nella diagnosi, non formano argomento contro l'operazione. Il Sig. Fergusson, non meschina autorità, nella sua *Chirurgia Pratica* (3. Ediz. p. 792), dice = » *La mia personale esperienza nell'operazione ultimamente riferita (Ovariotomia) è stata comparativamente limitata; anzi, benchè maldisposto contro di essa nella mia prima educazione, sono ora costretto a stabilire, che la rimozione di questa formidabile malattia, mercè l'uno o l'altro de' varj procedimenti operativi, per prima eseguiti in questa città dal Sig. Lizars, ed ora praticati dal Sig. Clay, Dott. F. Bird, Sig. J. B. Brown, Sig. Walne, ed altri, è non solo giustificata, ma in realtà, ne' casi felicemente scelti, è un procedimento ammirabile.* »

Tutta la questione dell'intervento operativo era molto rettamente posata in un articolo nella *Rivista Medico-Chirurgica,* scritto dal Dott. Fleetwood Churchill, come critica alla recente opera del Dott. Roberto Lee, *sulle Malattie dell'Utero e dell'Ovaja.*

Le rimarche dell'abile revisore sono così a proposito pel mio presente soggetto, che io ora riprodurrò molte di esse. Egli scrive = » *Le obbjezioni all'operazione addotte dal Dott. Lee, sono — 1.° la grande mortalità, che secondo le sue tavole è di 1 in 2* $^{18}|_{42}$; *2.° l'estrema difficoltà della diagnosi, come anche dell'essere sicuri, che il caso sia tale, da non offrire ostacoli alla rimozione del tumore; 3.° la possibilità di prolungare considerevolmente la vita con altri mezzi. A questo si risponde dai patrocinatori dell'operazione* =.

1.° Indubbiamente la mortalità è molto grande, 1 in 2 $^{18}|_{42}$ *secondo il Dott. Lee, ed 1 in 3 secondo altri; ma una mortalità quasi, se non del tutto, così grande, non è considerata una fatale obbjezione ad altre operazioni. Se*

noi prendiamo le più grandi amputazioni degli arti (primarie o secondarie) si rileva, che a Parigi, secondo Malgaigne, la mortalità è sopra l'1 in 2; a Glasgow è di 1 in 2 $^1/_2$; negli Ospitali Britannici è di 1 in 3 $^1/_2$. Circa l'amputazione della coscia, il Sig. Syme osserva = » La sinistra evidenza delle statistiche degli Ospitali mostra, che la mortalità non è minore del 60 al 70 per $^0/_0$. » Di 987 casi raccolti dal Sig. Phillips, 435 furono fatali, od il 44 per $^0/_0$. Il Sig. Curting afferma = » Riferendomi ad una tavola d'amputazioni negli Ospitali di Londra, eseguite dal 1837 al 1843, io trovo 134 casi di amputazioni della coscia, e gamba, de' quali 55 furono letali, dando la mortalità di 41 per $_0/^0$ » — Di 201 amputazioni della coscia, eseguite negli Ospitali di Parigi, e riportate dal Malgaigne, 126 finirono colla morte. Negli Ospitali d'Edimburgo, 21 morirono sopra 43. Anche se prendiamo numeri maggiori, troviamo la mortalità molto alta. Il Dott. Inman ha raccolti 3586 casi di ampatazioni in generale, primarie, e secondarie, per traumatismo, o per malattia, e le morti sono 1 in 3 $^1/_{10}$. In 4937 pubblicate dal Dott. Fenwick, la mortalità è di 1 in 3 $^1/_{15}$.

Il risultato dell'amputazione nella giuntura dell'anca, è anche più sfavorevole. Il Sig. Sands Cox mostrò, che di 84 casi, 26 furono favorevoli, e 58 letali.

» Ora prendiamo l'operazione dell'ernia. Il Sig. A. Cooper riferisce 36 morti in 77 operazioni, ed il Dott. Inman, 260 morti in 545 casi.

» Di legature di grandi arterie, delle quali il Dott. Phillips ha raccolti 171 casi, 57 di questi morirono. Il Dott. Inman ne raccolse 199 casi, de' quali 66 morti. Di 40 casi di legatura dell'arteria subelavia, 18 ebbero esito fatale. Le legature dell'innominata, noi riteniamo essere state letali in ogni caso. Cosicchè, prendendo la mortalità com'è valutata dal Dott. Lee, non è più elevata di quella delle altre operazioni, le quali non ostante sono ammesse come giustificate.

» Ma benchè queste cifre mostrino, che è tanto elevata la mortalità nelle altre operazioni, come lo è nell'ovariotomia, preghiamo rimarcare, che la necessità per l'opera-

zione è molto più urgente nelle prime. In alcuni casi v'è l'alternativa di morte immediata. Di più l'operazione dell'ovariotomia è di due specie — colla lunga e colla corta incisione —; ed i propugnatori dell'ultima invocano le loro statistiche, che dà una mortalità di 4 in 23 casi, o press'a poco 1 in 6; mentre secondo le tavole del Sig. Safford Lee, quella colla lunga incisione è di 1 in 3.

» *2.° Gli errori nella diagnosi sono stati molto grandi, per cui è facile dedurne, che la diagnosi è difficile ed oscura. Ma, a meno che non si provi, che ogni perfezionamento in questa parte sia impossibile, è chiaro, che è un argomento a due taglienti. Se la presente deficienza di diagnosi è causa di un aumento di mortalità, egli è certo, che ogni perfezionamento di molto la potrà ridurre. E noi possiamo prevedere, essere possibile, che ciò possa avvenire; giacchè, se tutti quelli, che hanno operato, avessero avuto i mezzi di adequatamente assicurarsi dell'attuale presenza d'un tumore, di essere sicuri, che è ovarico, di determinare l'estensione delle aderenze, ed avessero posta sufficiente attenzione al costituto dell'inferma — egli è chiaro, che molte delle pubblicate operazioni, non si sarebbero mai intraprese, e perciò è anche chiaro, che molte delle morti si sarebbero evitate, come un colpo d'occhio gettato sulle tavole del Dott. Lee, lo può provare. Di più ci sembra grandemente probabile, che una più esatta conoscenza del contenuto di queste cisti può condurre all'importante risultato della scelta de' casi i più lusinghieri all'operazione, il che può anche di più diminuire la mortalità; è finalmente è del tutto possibile, che si possa addottare qualche benefica modificazione nel modo di operare.*

» *3.° Riguardo al prolungare la vita mediante una cura palliativa, e punture ripetute, non è facile di stimarne l'efficacia esatta: sarebbe stato un valutabile argomento, se il Sig. Dott. Lee ci avesse dato una raccolta di casi, per mostrare l'ottenuto ammontare di vite prolungate con questo mezzo. Se la paziente godesse del resto buona salute, ed il tumore ovarico aumentasse lentamente, è vero, che possono passare degli anni, sotto un appropriato trattamento, senza grande incomodo, od alcuna necessità per*

misure non discompagnate da del rischio. In tali casi, la vita sarà meglio prolungata lasciando stare com'è l'inferma. In quelli, che crescono rapidamente, ed a tale estensione, da cagionare alterazioni ed incomodi, o da minacciare la vita, qualche cosa deve esser fatta, per recare sollievo, e la puntura è stato il mezzo ordinario. Però noi abbiamo assai poche statistiche per farne conoscere i risultati.....

» *Da questo breve sommario apparisce che l'ammissibilità dell'operazione dipenderà, non tanto dalla cifra di mortalità fino ad ora avuta, quanto dai perfezionamenti diagnostici avvenire.* »

Nel mentre io convengo interamente colle precedenti osservazioni, ed argomenti del Dott. Fleetwood Churchill, aggiungerò che molto s'è fatto, dacchè essi furono scritti, per perfezionare la nostra diagnosi sull'idrope ovarico, e per metterci in grado di scegliere dalle varie forme di tumori ovarici quelli, ne' quali è indicata l'operazione dell'ovariotomia, ed in generale per evitare il pericolo di commettere quei gravi errori, de' quali danno esempio molti casi raccolti dal Dott. Lee. Di ciò invero noi potremo ottenere presentemente la prova da più recenti statistiche.

Infatti, nello stimare il valore delle tavole del Dott. Lee, e di qualsiasi tavola di casi operati alcuni anni fa, bisogna ricordarsi, che non pochi di questi casi si presentarono venti o trent'anni fa, ed anche più, quando la patologia era più povera, la Chirurgia meno perfetta, e molte sorgenti di diagnosi, ora in uso, quasi sconosciute. Per esempio: — Lo stetoscopio, la sonda uterina, lo speculum, e gli aghi esploratori, sono recenti invenzioni; e tale è — qualunque possa essere il suo valore — il microscopio acromatico, applicato alla patologia ed alla diagnosi. Quindi di nuovo, io devo asseverantemente affermare, che l'esplorazione manuale dei visceri pelvici non era portata innanzi, vent'anni fa, colla stessa diligenza e distinzione che al presente; e finalmente, le lesioni e gli spostamenti, che avvengono negli organi pelvici, per lo meno erano imperfettamente conosciuti.

Di più, i Chirurghi in questi primi casi non avevano il benefizio dell'esempio, e della ricordata esperienza degli

altri nelle loro operazioni; e sicuramente come la moderna Chirurgia è avvanzata — specialmente in materia di medicature, e di cura successiva — gli operatori, e le inferme presenti e future, possono anticiparsi più favorevoli risultati dall'ovariotomia. Finalmente noi non dobbiamo ignorare il fatto, che l'operatore moderno ha un grande vantaggio sopra i suoi predecessori nel possedere il valutabile soccorso degli Anestetici.

Questi antichi esempi però non saranno certamente privi di gran peso nel formare un esatto apprezzamento dell'operazione di estirpazione, come si può compiere nei giorni presenti.

Il valore delle tavole dei casi del Dott. Lee conteranno anche meno, quando noi riflettiamo alle circostanze, sotto le quali l'operazione è stata frequentemente eseguita. Mettendo da parte quelli, nei quali la diagnosi fu errata da mancanza di sufficiente attenzione od esperienza, alcuni ricorsero all'operazione come un ultimo espediente; altri con costituzioni affrante dalla lunga durata della malattia, o dalla esistenza di malattia maligna, o dal flusso albuminoso dall'economia generale per le ripetute punture; e generalmente parlando, l'ovariotomia è stata eseguita senza alcuna scelta, e riguardata solamente come un disperato rimedio.

Dacchè fu scritta questa critica sulle tavole del Dott. Lee, è stata pubblicata dal Sig. J. Clay, di Birmingham, una raccolta completa e diligente di statistiche, come un'appendice alla sua traduzione della spesso citata opera del Kiwisch. Io non mi cimenterò di seguirlo nel suo elaborato riassunto (perchè ognuno interessato in questo soggetto si potrà procurare una copia della sua opera) ma mi contenterò di una breve citazione, che riassume i grandi risultati ottenuti.

» *Le tavole mostrano un fatto, che grandemente rischiara l'indicazione della pratica dall'operazione, il quale è, che sopra 395 operazioni completate, 212 ricuperarono la guarigione; ciò è il più persuadente, dacchè in molti dei casi fortunati furono usati rimedj in precedenza all'operazione, e differenti processi operativi addottati colla*

speranza di guarire la malattia, o di arrestare i suoi progressi, ma senza successo; ed in molti casi la morte era imminente. Questi casi di guarigione pertanto possono essere riguardati come trionfi dell'abilità chirurgica, colla quale tante vite erano salvate, in alcuni esempj per anni, che altrimenti sarebbero state perdute alla società. »

Il Sig. Clay così conchiude: = » *Da una diligente rivista pertanto di tutti i fatti connessi coll'operazione dell'Ovariotomia, io non esito di esprimere la mia opinione, che l'operazione è da raccomandarsi grandemente nei tumori ovarici, date le circostanze precedentemente narrate, in quanto che è il solo modo di rimuovere una malattia incurabile con ogni altro mezzo.* »

Io credo di esprimere la verità, se dico, che il successo dell'operazione dell'estirpazione è relativamente più grande in questi ultimi cinque anni, che ad ogni periodo precedente: ed anche le statistiche del Sig. Clay (di Birmingham) abbraccianti le operazioni fatte in addietro, come sono quelle praticate vicino al passato secolo, nei loro risultati non portano un'espressione corretta del successo comparativo ai giorni nostri raggiunto. Per citare, per esempio, l'esperienza del Dott. Clay (di Manchester) come gentilmente me la comunicò: egli ebbe in tutto 105 casi, dei quali 73 contarono la guarigione, e 32 la morte, risultato questo, che parla molto più in favore dell'operazione, di quello che facciano le statistiche innanzi citate. Di più si osserverà nella mia propria esperienza nella *Casa Chirur. di Londra*, che in meno di quattro anni, io ho eseguite 22 operazioni, con sole 7 morti. La gran differenza fra questi risultati nella *Casa* e la pratica privata è molto marcata, ed io l'attribuisco alla più perfetta assistenza nella prima, che nell'ultima; e per riguardo ai casi fatali sarà evidente, che alcuni di essi erano molto sfavorevoli all'operazione.

Condizioni che rendono l' operazione dell' ovariotomia giustificabile. — Il chirurgo si assicurerà con i più diligenti e ripetuti esami — 1.° Che il tumore è ovarico, e che quelli coi quali egli tiene consulto prendono egual interesse a formare un'opinione imparziale.

2.° Che il tumore sia in accrescimento, e sia causa di disturbi e di sofferenze alla paziente, e che progredirebbe ad un termine fatale, se lo si abbandonasse al suo corso. Non è sempre solo il grande volume di un tumore, che richiede la sua estirpazione; perchè alcune volte comparativamente piccoli tumori per la loro posizione e connessioni, sono la causa di tali e tanti disturbi funzionali — come, per esempio, nelle evacuazioni intestinali e della vescica, e per simpatia del processo digerente e dell'appetito — che la loro rimozione diventa necessaria per la salute e per la vita della paziente.

3.° Che quei differenti modi di trattamento già descritti, come appajono addatti al caso, e non sono incompatibili con un susseguente tentativo di estirpazione, sono stati facilmente provati senza un durevole benefizio. Di quelle operazioni più specialmente incompatibili con una successiva estirpazione della cisti, sono l'ovariotomia parziale, o l'escisione di una porzione di cisti, e l'incisione nella cisti colla vista di promovere la sua distruzione, mediante infiammazione suppurativa.

La proprietà di tentare una cura del morbo ovarico con meno gravi misure, di quello che con l'ovariotomia, è molto evidente nel caso di cisti semplici, per le quali la puntura colla compressione è il rimedio appropriato.

4.° Che il tumore non sia canceroso.

La diagnosi della natura cancerosa di un tumore ovarico, ossia dell'invasione da un cancro della malattia cistica dell'ovaja, è senza dubbio difficile, e forse alcune volte impraticabile. I sintomi degl'ingrossamenti cancerosi li ho già indicati (pag. 35 e pag. 51) e non ho bisogno ripeterli. Un sospetto fondato di malattia maligna basato sopra l'aspetto generale della paziente, sulla rapidità dell'accrescimento del tumore, sulla gravezza dei sintomi, e sull'esistenza di malattia cancerosa in altre parti, e nella famiglia della paziente, distoglieranno l'operatore dall'attaccare chirurgicamente un tumore ovarico.

5.° Che la paziente non sia così alterata nella sua salute generale, e nel suo vigore, da renderla un soggetto non addattato per un'operazione formidabile. (Vedi anche la conclusione del Capitolo 7.)

In moltissimi casi, come già s'è detto, l'estirpazione e stata anche tentata in condizioni disperate, ed allora i poteri della vita si depressero presto, ed evidentemente si resero inatti a sostenere il colpo anche di una molto meno grave operazione di quella, che è stata praticata.

L'esistenza di aderenze, a meno che molto molli, e facilmente lacerabili o sottili, e non vascolarizzate, e quindi facilmente divisibili, era in antecedenza considerata come una ragione per abbandonare l'operazione dell'estirpazione. Ma al presente i chirurghi sono più arditi, e raramente trovano un ostacolo al compimento dell'operazione nelle aderenze attorno un sacco ovarico, ma vi si fanno strada o coll'*écraseur*, o colla mano, o le dividono col coltello o colle forbici, dopo averle legate, se trovinsi vascolarizzate.

Non ostante, le aderenze possono essere così robuste, così estese, e talmente poste, che un chirurgo prudente, non vorrebbe correre il rischio di tentare la rimozione di tutto il tumore, ed in questi casi sarebbe più vantaggioso di ricorrere ad uno degli altri modi di cura descritti. Se egli fosse necessario di assicurare ciascuna di queste aderenze colla legatura, io consiglierei, che ciò si facesse col filo d'argento, in luogo di quello di canapa, o d'un cordoncino di refe, e di abbandonare le legature entro all'addome, tagliandone semplicemente i capi. Io credo, che questo sia un reale perfezionamento nell'operazione. La circostanza del peduncolo, d'essere molto corto, e grosso, costituì un altro ostacolo alla completa estirpazione d'una cisti: ma i chirurghi moderni di rado per questo si arresterebbero nel loro tentativo, o lo riterrebbero non giustificabile.

Le condizioni essendo trovate giustificabili, la successiva questione è — *a quale stadio della malattia si dovrebbe eseguire l'operazione?* Dobbiamo attendere finchè la vita è condotta ad un imminente, od immediato pericolo, cosicchè qualsiasi espediente, per quanto disperato, possa essere giustificabile, siccome quello, che presenta la più languida speranza di recare sollievo? O dovrebbe essere preferito il precedente periodo, dopo che la necessità

dell'operazione divenne evidentemente non equivocabile ? Su questa questione esiste una varietà di opinioni; alcuni patrocinano l'operazione, solo approvandola come una ultima risorsa; altri credono ch' essa sia senza dubbio il piano di cura *il più salutare, se addottato per tempo*; e che le ragioni per affrontare dei rischi saranno molto maggiori nel caso di un giovane e sano individuo, la cui vita, ove venga salvata, potrebbe essere lunga e valutabile. Per mia parte, aderisco interamente a quest' ultima opinione. Io considero, che i rischi dell' operazione divengono maggiori ad ogni anno di esistenza della malattia. Il tumore, le sue pareti, ed il peduncolo sono sempre in accrescimento, le probabilità di contrarre delle aderenze sono moltiplicate, e la paziente invecchiandosi, ad ogni anno che vive, probabilmente si rende meno atta a sopportare la scossa dell'operazione. Invero piuttosto mi persuaderei di differire l'operazione per un'ernia strozzata fino a che siano manifesti i sintomi della cancrena avvicinantesi, che di protrarre l'estirpazione d'una cisti ovarica, quando avessi determinato dover esser praticata. Io credo, che se venissero scelti per l'operazione de' casi recenti, od altrimenti favorevoli, la mortalità sarebbe assai piccola; ed avvanzo questa opinione deliberatamente, dopo un'attenta rivista di tutti i casi pubblicati, e de' miei proprj. Dopo che fallì la puntura e la compressione, e che la cisti si riempie di nuovo, le probabilità di successo nell'ovariotomia, come anche nelle altre operazioni descritte, *caeteris paribus*, saranno determinate dalla prontezza, con la quale è praticata l'operazione; ed egli è assai importante, che non venga differita fino a che le forze della paziente siano consumate dalla malattia, o finchè disordini addominali, o pelvici, sian prodotti dal peso o dalla compressione del tumore. Io pertanto differisco dall' opinione di quelli che ritengono, che nessun processo operativo debba aver luogo finchè il tumore non interviene seriamente nell'azione normale degli organi addominali.

In uno scritto letto innanzi la Società Medica del Nord di Londra dal Sig. Erichsen (*Giornale dell' Associazione Medica* 1854 p. 37, 39) quell' intelligente Chirurgo gran-

demente propugnò la pratica contraria. Egli raccomandò » *il trattamento palliativo, finchè il tumore cominci ad alterare seriamente il benessere dell'esistenza, o l'azione normale degli organi addominali. Quando questi nocivi effetti della compressione,* egli continua, *hanno una volta palesemente cominciato a manifestarsi, — la paziente consumandosi, sofferente grande incomodo dal suo volume, con difficoltà di respirazione, vomiti ripetuti, irritazioni gastriche etc., — allora la questione del sollievo dall'operazione necessariamente si imporrà da sè stessa. Egli è conveniente di eseguirla quando tutti gli altri mezzi di sollievo hanno fallito, e quando la salute della paziente è per perdersi per l'estensione della malattia.* » Questo certamente non è la regola per la quale il Sig. Erichsen, o qualunque altro sperimentato chirurgo, sarebbe guidato in un caso di ernia strozzata, di fistola, di polipo all'utero, od in breve in qualsiasi altra malattia, la cui tendenza malefica è anche peggiore, e che in fine può attendersi che distrugga la salute e la vita. L'operazione dovrebbe essere praticata, non quando non v'è che una probabilità sopra a tre, ma quando, colle necessarie pre cauzioni, vi sono in suo favore venti probabilità sopra una. ([23])

Preparativi all' Operazione.

Come tutte le importanti operazioni sono suscettibili di fallire per la negligenza di piccole avvertenze, sia nei processi preparatorj, che nell'operazione stessa, i seguenti suggerimenti, che tutti sono realmente di entità, possono essere utili a coloro, che si accingono ad operare per la prima volta =

1.° Se la stagione sia fredda, la paziente dovrebbe avere, per indossarlo al bisogno, un corpetto di flanella, ed un pajo di mutande parimenti di flanella: il corpetto dovrebbe essere indossato prima dell'operazione.

2.° Essa dovrebbe prendere un bagno caldo, ripetuto diverse volte innanzi l'operazione, per pulire e rammollire la pelle, e quindi per assicurare una libera tra-

spirazione dopo l'operazione. A questi mezzi dovrebbero unirsi rimedj tonici addatti, come l'acciajo e l'arnica. Una condizione normale della pelle, e del sangue, sono grandemente necessarie per una guarigione da raggiungersi in appresso.

3.° L'alvo dovrebbe essere aperto con una dose di fiele bovino, o di olio di ricini, e con un clistere nella mattina stessa del giorno dell'operazione.

4.° Una bottiglia con acqua bollente dovrebbe essere preparata pe' suoi piedi.

5.° Vi dovrebbe essere un termometro nella camera, e la temperatura dovrebbe essere tenuta sistematicamente non più bassa di gradi 66, nè più alta di gradi 70. Una caldaja pure dovrebbe bollire sul fuoco, onde possibilmente assicurare col vapore un grado di umidità nell'aria. Ciò è specialmente richiesto, quando spira vento di levante, o la stagione è caldo-umida.

6.° Le condizioni meteorologiche dell'atmosfera dovrebbero essere osservate, e rispettate innanzi all'operazione, perchè un'atmosfera bassa e pesante, con assenza o deficienza di ozono, e quella condizione in generale che noi descriviamo come deprimente, è assai dannosa. Ciò si applica parimenti a tutte le altre operazioni.

7.° Se l'operazione ha luogo sul letto, che la paziente avrebbe ad occupare in seguito, la parte inferiore di esso dovrebbe essere coperta da un telo di *macintosh*, (*impenetrabile*) ed una traversa, che possano dopo essere tolti. Dovrebbe esservi uno sgabello per posarvi i piedi. Questi e le gambe dovrebbero essere involti in caldi calzari, e le mani e le braccia inviluppate in caldi panni di flanella.

8.° Dacchè la paziente dovrà sottostare al cloroformio, essa non dovrebbe prendere alcun cibo per alcune ore innanzi all'operazione; e per evitare dopo il vomito, s'avrebbe a provvedere del ghiaccio, che le si darebbe a succhiare due o tre ore innanzi all'operazione. Ciò è di grande importanza.

9.° Vi dovrebb'essere abbondanza di acqua calda nella camera, in cui nella fredda stagione, tanto l'operatore, che i suoi assistenti, dovrebbero immergere le loro

mani prima di toccare l'operanda; sarebbero preparati dai tre ai sei catini di acqua calda, pronti per immergervi spugne, o per riscaldare flanelle ecc.

10.° Gli uffici di ciaschedun assistente dovrebbero essere chiaramente assegnati e compresi prima di entrare nella camera per evitare confusione, ed anche per *risparmiar tempo,* punto importante quando il peritoneo è esposto.

11.° Sarebbero posti nell'apparecchio lunghi aghi siccome quelli usati nell' operare il perineo lacerato, armati con suture metalliche. Non sono richieste suture interrotte. Dovrebbero anche essere in pronto diverse piccole legature da vasi, ed un bendaggio a più capi di flanella per circondare l'addome, dopo che l'operazione è compita; come parimenti una certa quantità di striscie adesive, di pannilini, e sciuttamani.

12.° Istrumenti. — Uno o due coltelli, una tenta scanalata (*director*), un pajo di forbici, un pajo di pinzette dentate (*vulsellum forceps*), un pajo di buone comuni pinzette, un tenaculum, un trequarti e cannula di grosso calibro, gli aghi suaccennati con legature, e non meno di due compassi costrittori (*clamp*), dovrebbero essere disposti sopra una tavoletta.

Finalmente, come molto dipenderà dal trattamento successivo, sarà bene di stabilire innanzi, che l'operatore, o qualche altro Chirurgo competente, rimanga presso la paziente tutta la notte, a menocchè non vi sia un'infermiera sperimentata, che ne possa essere incaricata. Anzi essa dovrebbe essere rilevata ogni due ore nei primi tre o quattro giorni.

Processo Operativo.

Differenti metodi sono stati scelti dai varj operatori per eseguire l'operazione, tanto riguardo alla posizione della paziente, quanto alla maniera di fare le incisioni. Il mio proprio piano è come segue: — La paziente essendo coricata convenientemente sul suo dorso, e posta sotto l'influenza del cloroformio, si dovrebbe fare in prima sulla linea alba un'*incisione d'esplorazione* di due o tre pollici.

Avendo diviso il peritoneo ([24]), e scoperta la cisti, due o tre dita dovrebbero essere passeggiate sopra la sua superficie, per assicurarsi se esistono aderenze; — Se queste sono deboli e recenti, se è possibile, dovrebbero essere lacerate dalle dita; o se sono più grosse e più forti, e non possono essere staccate, possono essere divise dall'*écraseur*; o se vascolari (come p. e. quando l'omento è aderente al tumore, o altrove), dopo essere state legate con filo metallico, possono essere divise col cortello o colle forbici. Tuttavia di tanto in tanto si presentano dei casi, nei quali le aderenze sono così solide e vascolari, e così estese, od in tale particolar modo situate, che non è prudente cercare di staccar la cisti, ed allora noi dobbiamo desistere dall'operazione dell'estirpazione, e sostituirvi uno degli altri piani di cura già considerati, come p. e. l'escisione di una porzione di cisti, se però non è ritenuto più conveniente di desistere da qualunque ulteriore chirurgico procedimento. La presenza di aderenze, e la necessità di dividerle richiede un prolungamento della prima incisione, misura d'altronde troppo necessaria per l'esecuzione successiva dell'operazione. Un'incisione di quattro pollici può bastare, ma una più lunga è spesso necessaria; e sul soggetto della lunghezza dell'incisione, l'operatore dovrebbe essere principalmente guidato dal suo proprio giudizio su ciò, che è necessario per metterlo in grado di distaccare, e rimuovere la massa morbosa colla più grande facilità.

Il tempo successivo è di pungere la cisti, o le cisti, con un addattato trequarti e cannula, e nell'evacuazione del fluido aver cura che non ne coli nella cavità dell'addome. Quindi, se vi fosse una cisti sola e quella non grossa, nè vascolare, potrebbe essere escisa soltanto una porzione di essa nel modo descritto nella sezione A, pag. 115, del presente Capitolo. Se la cisti però fosse trovata grossa o vascolare, o multiloculare, sarebbe più sicuro procedimento di ricorrere immediatamente alla completa estirpazione nella seguente maniera: — colla mano sinistra dovrebbe essere afferrato il peduncolo del tumore, e dolcemente estratto fuori dalla cavità pelvica, mentre un assistente

diligentemente tiene addietro gl'intestini e l'omento mediante flanelle calde. Un compasso costrittore (*clamp*) — essendo a mio avviso il migliore istrumento il compasso de' falegnami — è ora applicato attorno al peduncolo. Questo dovrebbe essere passato tanto vicino al tumore, quanto è possibile; cosicchè mediante l'intera lunghezza del peduncolo che fu conservato, la stretta estremità possa esser tenuta all'esterno della cavità addominale. Ciò fatto, il tumore verrebbe ad essere rimosso, col dividere il peduncolo mezzo pollice al di qua del compasso, che dovrebb'essere consegnato ad un assistente, e tenuto all'estremità inferiore dell'apertura. L'operatore quindi chiude la ferita — e ciò, ho appena bisogno di dire, si dovrebbe fare, come in tutte le operazioni che espongono il peritoneo, più presto che sia possibile — introducendo profonde suture metalliche circa ad un pollice dai bordi dell'incisione, o circa mezzo pollice di distanza fra loro, attraverso le pareti dell'addome. Questo tempo è meglio eseguito col passare un ago *a tenaculum* attraverso i due lati della ferita, e quindi infilandone la cruna con il filo metallico, col ritirar l'ago viene ad essere passato il filo, che si torce. Con questo modo di chiudere la ferita nessuna sutura secondaria è richiesta.

I vantaggi del compasso costrittore sono: — che può essere rimosso da uno a tre giorni; la ferita aderisce più sollecitamente, e la paziente può entrare in convalescenza in due o tre settimane; mentre quando sono applicate le legature, esse impiegano almeno nove o dieci giorni, e qualche volta ancora alcune settimane, per distaccarsi; ed infatti un'operatore pubblicò i suoi casi come felici, essendo le sue operate ritornate alla campagna alcune settimane dopo colle allacciature pendenti fuori dall'apertura; fino a che esse vi rimangono, la paziente non può considerarsi completamente guarita. La lunga persistenza delle legature è dovuta, sia alla troppo grande massa, che vi è stata compresa, o per non essere state legate sufficientemente strette. Il Dott. Clay, di Manchester, usò le legature di canapa dell'india per legare il peduncolo, e le abbandonò nell'addome. Io per lo passato pensai,

che quando il peduncolo era molto breve, era meglio di applicare la legatura, piuttostocchè il compasso: ma ora io sempre mi servo di questo strumento, avendo cura, quando il peduncolo è molto breve, e lo stiramento dà dolore alla paziente, di toglierlo dopo poche ore. ([25])

Quando il compasso non è adoperato, si usa impiegar mezzi per prevenire, che le legature rientrino nell'addome. A questo scopo, una comune sonda scanalata, colla sua superficie convessa rivolta verso l'addome, dovrebbe essere passata attraverso le legature, in guisa da essere saldamente tenuta dalle medesime ad angolo retto colla ferita. I capi delle legature poi dovrebbero essere assicurati all'addome mediante cerotto adesivo, e la ferita medicata colla comune medicatura umida. Ciò fatto, l'addome deve essere sostenuto da un bendaggio di flanella a più capi, moderatamente stretto, la paziente rimessa in letto, ed applicati degli scaldatoj alle estremità. Io era in antecedenza solito di amministrare l'oppio dopo l'operazione, ma ora non lo faccio, eccettuato quando vi sia grande dolore, essendomi sembrato, di essere stato causa di suscitare della nausea e del vomito, e di altre cattive conseguenze. Se il dolore persistesse anche dopo la presa dell'oppio, e vi fossero gas intestinali, si dovrebbero applicare sull'addome delle fomentazioni, mediante flanella inzuppata in acqua calda, ed abbondantemente cospersa con trementina. Nello stesso tempo si colloca sulle coperture del letto, ed in prossimità della bocca dell'operata, un pannolino pure cosperso di trementina, onde i suoi vapori possano liberamente essere inalati. Ciò porta il più grande sollievo, il che è dovuto alle ben note proprietà anestetiche di questa sostanza. Ghiaccio, latte, acqua d'orzo, e brodo debole, dovrebbero costituire la dieta per le prime 48 ore; poscia brodi animali più forti potrebbero essere concessi, ed anche il vino, se lo stato della paziente lo ammettesse. In molti de' miei casi, è stata concessa al terzo giorno una cotoletta di castrato, ed un bicchiere di cervogia (*ale*). È meglio, se è possibile, che gl' intestini siano tenuti in tranquillità per quattro o cinque giorni dopo l'operazione: e se l'oppio fosse rite-

nuto necessario a questo scopo, sarà meglio introdurlo pel retto in piccole dosi, giacchè in questo modo viene evitato il pericolo della nausea e del vomito dopo il suo uso. Anche la vescica dovrebbe essere vuotata ogni sei ore mediante la sciringa. La temperatura della camera sarebbe diligentemente mantenuta per la prima settimana dopo l'operazione.

Non ho ingiunta la pratica di alcuna particolare lunghezza nell'incisione: perchè questa materia deve, secondo la mia opinione, essere regolata dalle speciali circostanze di ciascun caso: il disimpegno della parte del chirurgo essendo di estrarre la cisti col minore pericolo della paziente, ed attraverso la più piccola ferita fattibile, senza incorrere nel rischio di non riuscire nell'operazione. Una piccola incisione, di natura esploratrice, dovrebbe precedere; se l'operazione dovesse essere continuata, dovrebbe essere dilatata sufficientemente per ammettere l'estrazione della cisti, che apparisse alla vista, ed un'ulteriore dilatazione sarebbe molto facile, se la sua natura particolare composta, la sua posizione o relazioni, od altre circostanze lo domandassero.

Le lunghe, le mezzane, e le brevi o piccole incisioni, hanno ciascuna i loro propugnatori, ed i loro vantaggi relativi furono caldamente discussi; e statistiche sono state invocate per mostrare, che minore mortalità sussegue a questa od a quella lunghezza d'incisione. Tali discussioni io le riguardo di piccolo momento, e frivolo lo sforzo di fissare una certa lunghezza della sezione addominale in tutti i casi. Come potrebbero i chirurghi operatori discutere sopra, o tentare di fissare il numero esatto di pollici quadrati che dovrebbe avere il lembo di un arto amputato, senza riportarsi allo sviluppo di muscolatura, ed all'adiposità di un'estremità, o ad altre speciali circostanze, che devono pesare nel trattare ogni caso individuale ?

Egli è desiderabile, quando la massa ovarica morbosa di una parte è rimossa, e prima che sia chiusa l'incisione addominale, di osservare la condizione dell'altra ovaja, che non infrequentemente è pure ammalata, e quando

ciò si verifichi, dev'essere nell'istesso tempo rimossa. Un esempio di questa specie è descritto dal Dott. Peaslee, nel *Giornale Americano di Scienze Mediche* Aprile 1851, in cui una cisti, della grossezza di un uovo di pollastra, era scoperta nella destra ovaja, e tutto l'organo era malato. Una doppia legatura fu passata attraverso il legamento lato, e l'ovaja venne tolta; le legature furono condotte attraverso la ferita al punto più vicino. In altri esempj di malattia occupante le due ovaje, ed in cui io le estirpai ambidue, sono riferite più innanzi. (Vedi i casi XVI, XXVIII, e XXXVI.) (26)

Vi è un modo, introdotto ultimamente, di porre la paziente sotto l'operazione, che io credo che un'estesa esperienza indurrà il suo autore, o a modificarlo, od a cambiarlo, cioè di porre la paziente in una sedia a braccioli durante la sua esecuzione. Le obbjezioni a questo modo sono talmente ovvie, che non è necessario che io mi ci fermi. Nell'operazione si dovrebbe avere gran cura a non servirsi di spugne, entro la cavità dell'addome; infatti, egli è meglio di lasciare ciò che non si può rimuovere colla mano o con un pezzo di flanella, di quello che irritare il peritoneo con una spugna.

I pericoli da temersi dopo l'ovariotomia sono = a. *La Scossa* (shock) *dell' operazione*; b. *l' Emorragia*; c. l'acuta infiammazione, — *Peritonite*; d. l'infiammazione di natura *Tifoidea*; e. la *Pioemia.*

a. Ora che noi abbiamo il benefizio del cloroforme i pericoli della *Scossa dell' operazione* sono grandemente diminuiti. Ma in alcune persone di grande suscettibilità nervosa, e costituzione indebolita, la scossa può essere fatale, terribilmente sentita, anche quando il cloroforme sia stato impiegato durante il chirurgico processo, e la paziente abbia riguadagnata la conoscenza durante la sua esecuzione, e la medicatura della ferita. Come in casi simili sotto altre operazioni, questo stato richiede l'uso di stimolanti ed altri mezzi di sollievo.

b. L'*Emorragia* disgraziatamente non è così rara; e la sua sorgente è per lo più dal peduncolo tagliato, o dalla base che sosteneva il tumore, o frequentemente dall'o-

mento, quando fu questo distaccato dal tumore. Si vedrà tuttavia, che in uno dei miei casi, il gemitio sanguigno letale procedette dai vasi tagliati dell'aderenza, ed è questo accidente che mi ha indotto di raccomandare di legar con filo metallico tutte le divise aderenze, quando esse hanno una certa spessezza, e non si rompono facilmente sotto il dito. L'allacciatura dello stelo del tumore è evitata dal compasso, che mette al sicuro dall'emorragia da esso, avendo la precauzione di lasciare l'estremità del peduncolo fuori della ferita. L'emorragia può uccidere immediatamente per l'indotto esaurimento, o per la peritonite, che ne è accesa.

c. L'acuta Peritonite, in più o meno grave forma, è il più frequente avvenimento dopo l'estirpazione. Dobbiamo riferire la sua origine al naturale sforzo dell'economia, per chiudere la ferita fatta nei tessuti coll'operazione, mediante l'effusione di linfa plastica. Ogni precauzione si deve prendere contro il progresso di questa infiammazione, e la sua cura dev'essere basata sopra i principii ordinarj. Alcuni dei casi seguenti offrono questa casualità, il suo corso, e la cura addottata. Io riguardo il sollecito salasso, come il migliore ed il più sicuro rimedio, dacchè la mia esperienza non mi ha dato quella confidenza nell'oppio, come rimedio, che molti Medici de' nostri giorni preconizzano.

d. La *Peritonite tifoidea* viene in scena più tardi, che le condizioni precedenti, e si vede quando i tessuti tagliati assumono un'apparenza morbosa, e quando probabilmente qualche morbifera escrezione è introdotta nel sangue.

e. La *Pioemia* anche apparisce ad un periodo avvanzato, per l'assorbimento, e la circolazione del pus nel sangue, ed in molti casi ha esito fatale. (Vedi Caso XIX). Riguardo a queste casualità io credo, che non sono necessarj speciali avvertimenti, dacchè i principj ordinarj di cura sono quelli, che devono essere seguiti.

Può alcune volte accadere, che condizioni non considerate, si presentino dopo che l'addome fu aperto, e complichino l'operazione, od anche la rendono impossibile.

Fra queste v'è un'insolita vascolarità della cisti, ed il susseguente pericolo di letale emorragia. Esempj di questa condizione sono avvenuti, sufficientemente aggravanti, per distogliere dal compire l'operazione; in questi casi il Chirurgo deve limitarsi al suo proprio giudizio; nessuna regola precisa può essere insinuata: però io ritengo, che la vascolarità del sacco possa raramente arrestare l'operatore. Aderenze inattese della cisti posteriormente, agl'intestini, od agli altri visceri, di tale natura che sarebbe pericoloso il distruggerle, più frequentemente saranno causa di desistere dall'operazione. Il cancro ancora può non essere scoperto, fino a che l'operazione, non sia cominciata, e può essere situato in modo da interromperla cominciata.

Ora nella maggior parte di questi casi, eccettuato in quelli dove v'è cancro, ne' quali i tempi dell'operazione previi all'estrazione della cisti hanno avuto luogo, e noi siamo costretti a cessare dal tentare un'estirpazione, l'escisione di una porzione di cisti è il modo di cura tutt'ora preferibile. ([27]) ([28])

CAPITOLO VI.

Storia di quarantadue Casi d' Ovariotomia.

Il presente capitolo contiene l'esposizione di quarantadue casi d'estirpazione di cisti ovariche, sul qual numero si contarono ventidue guarigioni. Nel successivo capitolo, dove tutti i casi sono diligentemente analizzati, è esposta la spiegazione di questa apparentemente eccessiva mortalità. Vi si vedrà, che il più gran numero di casi letali, avvennero nelle mie prime operazioni, specialmente nella pratica privata, mentre quei casi d'estirpazione, che capitarono nel pubblico Istituto — *Casa Chirurgica di Londra* — colla quale io sono collegato, mostra un'ammontare di successi, che nel più alto grado è confortante, perchè sopra ventidue casi colà entro sottoposti all'operazione, quindici ottennero delle eccellenti guarigioni. Questa circostanza io l'attribuisco, ad una più diligente assistenza, e stretta osservanza, ottenibile piuttosto in un bene organizzato istituto, di quello che in una casa privata: dacchè nessun' altra operazione abbisogna quanto questa, di così assidua attenzione, tanto dalla parte del curante, che degli assistenti infermieri. Io posso aggiungere, che tutte le mie operazioni nella pratica pubblica furono presenziate da persone dell'arte di varj paesi, di differenti parti della Gran Brettagna, e della Metropoli, molti de' quali seguirono i progressi giornalieri dei casi.

Caso I. — *Della durata di quattordici anni: puntura e compressione impiegate col più grande vantaggio; Ovariotomia: morte.*

La Signora E., nubile, di anni 27. — Questo caso era in prima curato colla compressione (riportato nella *Lancetta*, 5 Aprile, 1845), la quale si mostrò tanto vantaggiosa, che non vi fu riapparizione della malattia per circa due anni. Essa fu in seguito punta di nuovo, e guarì tanto bene, da essere in grado di andare a marito. Dopo la sua gravidanza ed il parto, si trovarono tre

cisti, due delle quali furono punte. Essa diede il latte al suo fanciullo per dodici mesi. Due anni dopo, la cisti essendosi di nuovo riempita, venne una seconda volta punta, e continuò bene per altri due anni, quando le cisti cominciarono a riempirsi di nuovo. Fu allora, che fu stabilito estirparle.

Operazione — Un'incisione di quattro pollici venne fatta sulla linea alba, e la prima cisti che si presentò, fu punta. Allora si dilatò l'incisione per poterne pungere una seconda che esisteva nell'ipocondrio sinistro, comprimente il polmone all'insù fino alla terza costa. Intanto si trovava impossibile di rimuovere il sacco, dacchè si scuopriva una terza cisti, occupante la cavità pelvica, ed avente delle assai deboli e recenti aderenze in un punto del destro lato. L'incisione per conseguenza era anche più estesa; il peduncolo comune alle tre cisti, era legato da una doppia legatura, e l'operazione compita nella solita maniera. Susseguì peritonite, e la paziente morì al terzo giorno, apparentemente più per esaurimento vitale, che per l'intensità dell'infiammazione. Forse un'operazione fatta più sollecitamente, avrebbe potuto essere d'un esito felice.

Caso II. — *Idrope Ovarico della durata di dicianove anni, associato a prolasso d'utero; guarigione.*

G. T., età 47 anni, accolta il 13 Febb. 1852, nell'Ospitale S. Maria, Corsia Vittoria, sotto il Sig. I. B. Brown. Essa è di gracile struttura, e di complessione alquanto cachetica. Raccontò, che i mestrui le apparvero per la prima volta all'età di 14 anni, che d'allora ricorsero a periodi regolari fino all'età di 19 anni, nella qual'epoca ebbe un figlio; ritiene d'aver avuto un parto normale; e si rimise in tre settimane. D'allora i mestrui regolarmente apparvero, però la quantità del flusso mestruale gradatamente diminuì. Circa dicianove anni fa, facendo uno sforzo per alzare un pesante Piano-forte, ne ebbe a soffrire, e tosto dopo ebbe luogo un prolasso d'utero; essa anche notò, che d'allora il suo addome cominciò ad ingrossarsi. Quando l'ingrossamento apparì per prima, le diede l'idea d'un tumore, che le si sviluppasse al sinistro lato. Tre anni or

sono, essa rimase per otto settimane nell'Ospitale S. Giorgio, e dopo per sette settimane, come ammalata esterna, senza ritrarre alcun benefizio. Durante gli ultimi sei mesi, la gonfiezza aumentò molto più rapidamente, essendo stata innanzi a quel periodo di andamento piuttosto lento. Di tratto in tratto ebbe dolori lancinanti in corrispondenza dell'addome, alcune volte limitati al sinistro lato, ed anche fra le spalle. Essa aveva un prolasso completo dell'utero, ed anche una considerevole difficoltà a rimetterselo, mentre pel più piccolo muovimento le esciva, ed anche semplicemente col voltarsi in letto. Durante la sua dimora all'Ospitale S. Giorgio, portò il pessario. L'addome è considerevolmente voluminoso; la tumefazione tuttavia non si estende con uniformità, e completamente in sù fino allo scrobicolo del cuore; la percussione dà un rumore ottuso anteriormente all'addome, ma è risuonante ai lati; meno però al sinistro che al destro; la fluttuazione assai distinta. La salute generale migliorata, e guarita un' eruzione cutanea che le apparve, ed il 10 Marzo, il Sig. Brown la giudicò in uno stato sufficiente a sopportare l'operazione.

10 Marzo. Essendo stata cloroformizzata, fu fatta un'incisione della lunghezza di quattro pollici attraverso gl'integumenti lungo la linea alba, cominciando circa un pollice e mezzo sotto l'ombellico. La fascia trasversale, e quindi, il peritoneo erano divisi, e la cisti coperta dal peritoneo viscerale, si presentò alla vista; la sua superficie era coperta da ramificazioni vascolari. La mano passata attorno il tumore, non incontrò aderenze. Penetrando attraverso il peritoneo, evitando e spingendo ad un lato i vasi, la cisti era allora punta da un grosso trequarti, e furono estratte circa sedici pinte d'un fluido limpido e chiaro, rimanendone dentro solo una piccola quantità. Finalmente la cisti, essendo stata in precedenza afferrata da una pinzetta dentata, una porzione di essa, comparativamente priva di vasi sanguiferi, fu escisa, il suo volume essendo circa dai tre ai quattro pollici, ma di irregolare contorno. L'omento protruse un poco, e fu tosto ridotto; i margini della ferita furono portati a mutuo con-

tatto da quattro o cinqne suture interrotte, avendo cura di passare gli aghi profondamente, da comprendere tutta la spessezza delle pareti addominali, eccettuato il peritoneo, che si faceva contrapporre co' suoi margini esattamente. Due o tre piccole suture erano applicate alla cute negl'intervalli fra le principali e più profonde, onde assicurare una riunione più perfetta. Le furono immediatamente ordinati due grani d'oppio, da prenderne uno ogni tre ore. Una compressa di pannolino bagnato fu collocata sulla ferita, com'anche un largo bendaggio attorno l'addome.

6. 45. p. m. Ha della nausea; un po' di dolore; polso a 100, pieno e forte, pelle umida, labbra piuttosto asciutte. — 9. 40. p. m. Polso a 120, duro e urtante. Respirazione a 32; timpanite e dolore alla pressione, più grande nella fossa iliaca sinistra; sete; cacciata di sangue dal braccio di venti oncie; il polso si abbassò ad 80; immediatamente due grani d'oppio. — 12. p. m. Polso a 108, più molle; respirazione a 28; minore timpanite. — 2. p. m. Non può prender sonno; ebbe un'evacuazione di color scuro e quasi fluida.

11. detto. 8. 30. a. m. Polso a 110, piuttosto duro; respirazione a 30; vi è maggior timpanite, però minore sensibilità alla pressione; lingua piuttosto bianca e secca; salasso di oncie sedici; il polso non diminuisce in frequenza, ma diventa più molle, immediatamente cinque grani di calomelano, e due grani d'oppio, da ripetersi fra sei ore se vi farà bisogno. — 4. p. m. Non potè prender sonno sino all'ultima annotazione, ed anche ora nol può; vi è maggior timpanite, ma non maggiore sensibilità all'addome; la ferita sembra quasi riunita; polso a 120, pieno; lingua piuttosto bianca e secca, con rossore ai bordi; si ripete immediatamente il calomelano e l'oppio; emise circa una pinta e mezzo di orina carica. — 11. 30. p. m. Stato simile; polso a 108, piuttosto duro; aspetto placido, pelle fresca, lingua più umida; salasso dal braccio di trenta oncie; ripetuto il calomelano e l'oppio.

12. detto. Si sente meglio; polso a 100 duro; si lamenta di flati; addome timpanico; ferita riunita per pri-

ma intenzione. Sangue estratto piuttosto cotennoso e leggermente concava la cotenna; pelle umida. Citrato di potassa venti grani, carbonato d'ammoniaca tre grani, mistura canforata, ed acqua di ciascuna un'oncia, ogni cinque ore. Emise una pinta e mezzo di orina. — 11. p. m. Polso a 108, duro e urtante; maggiore sensibilità e timpanite; lingua più aspra nel centro; emise maggior copia di orina; respirazione a 36. Cacciata di sangue dal braccio, diciotto oncie; il polso divenne più molle, e a 128. Respirazione a 30; minore sensibilità alla pressione e nel tossire. Ripetuto il calomelano e oppio da prendersi di nuovo fra sei ore.

13 detto. Emise più di una pinta di orina, la quale è piuttosto densa; gravità specifica a 1022; non albuminosa, la sua quantità maggiore del fluido ingojato. Passò una notte insonne; faccia accesa; lingua sporca con intonaco cremoso; le gengive non molto attaccate. Soffrì molto durante la notte dalle flatulenze, delle quali fu sollevata introducendo un tubo nel retto. Polso a 120; respirazione a 30; maggiore sensibilità e timpanite; pelle umida. Ripetuto il calomelano e l'oppio ogni quattro ore, ed ommessa la mistura.

14. detto. Lasciato il calomelano e l'oppio; ordinato brodo forte di bue. Polso a 108, poco resistente; un'empiastro fu jeri applicato sull'addome; vi è ora minore distensione, e meno flati. Suture rimosse; unione perfetta, eccetto che un margine leggermente si sovrappone all'altro; lingua più spogliata; emise una mezza pinta di orina di più che il fluido bevuto.

15. detto. Addome divenuto quasi flacido; polso a 112, compressibile, non dolore. Gl'intestini agirono tre o quattro volte, il che piuttosto l'indebolì; evacuazioni di colore scuro e fluide; ebbe dei dolori colici; lingua più pulita. Vino di porto due oncie ed una cotoletta di castrato. Confezione aromatica venti grani, soluzione sedativa di oppio dieci goccie, sal volatile dieci goccie, mistura cretacea un' oncia ogni due ore. Orina emessa in quantità eguale al fluido ingerito.

16. detto. Polso a 120, si sente meglio; addome più abbassato; lingua molto più pulita; un'evacuazione; non dolore; orina emessa una pinta meno che il fluido bevuto.

19. detto. Polso tranquillo, piuttosto debole, alvo regolare, fluido bevuto eguale all'emesso per orina. Un grano di chinino, cinque goccie d'acido solforico, una dramma e mezzo di tintura di cassia, ed un'oncia di mistura canforata, tre volte al giorno.

20. detto. Addome del tutto flacido, alvo aperto; lingua pulita; aspetto sempre migliore.

21. detto. Al lato destro, e sotto la cicatrice, si può sentire una sostanza solida ed irregolare, evidentemente il resto della cisti. L'ammalata riprende forza.

25. detto. Ogni giorno, dal 22, per un po' di tempo sta seduta sul letto. Un'oncia di decotto di china, e tre grani di carbonato d'ammoniaca, tre volte al giorno.

29. detto. Il tumore non si sente così bene. Due oncie di mistura composta di senna. Dieta al latte.

3. Aprile. Non aumento dell'addome; l'operata si sente bene; dieta semplice; cotoletta di castrato.

6. detto. E dimessa dallo stabilimento.

Settembre 1853. Si mantiene bene, e disimpegna le sue funzioni di servente.

Aprile 1854. Durante il passato anno, ha guadagnato in nutrizione ed in forza, e continua nel suo ufficio.

Gennajo 1861. continua del tutto bene.

Si rileverà che un acuto processo inflammatorio si era stabilito nella cisti e nel peritoneo, e che i più energici mezzi erano richiesti per domare sintomi gravi.

Questo caso offre alcuni punti di pratica importanza da considerarsi, che io accennerò brevemente: —

1.° La natura della cisti — uniloculare.

2.° Perchè non tentata una cura colla puntura e la compressione?

3.° Come spieghiamo la condizione successiva della paziente?

4.° Perchè ci attendiamo, che la cisti non si riempirà, o sopratutto, non si raccoglierà fluido nel peritoneo?

1.° La cisti era evidentemente uniloculare, ed a pareti sottili; ed egli era anche evidente per gli ordinarj segni diagnostici, che non vi erano aderenze, ed alla *introduzione di un piccolo trequarti*, si trovò il fluido leggermente albuminoso.

2.° Egli era infatti, appunto il caso, che io avrei scelto per la cura colla compressione, ma questa paziente aveva un prolasso d'utero così persistente, che la più piccola pressione estrudeva quest'organo, e nessun sostegno perineale lo avrebbe ritenuto in vagina. Era quindi convinto che qualsiasi cuscinetto ben applicato, e qualsiasi compressione avrebbero avuto per effetto di aumentare il prolasso.

3.° La rimanente porzione di cisti in questa paziente, durante la sua convalescenza, continuò a secernere, ed accumulata una certa quantità di fluido, circa una pinta, vuotatasi nel peritoneo, si stabiliva un'azione assorbente in quella membrana, ed i reni espulsero il fluido. Ciò accadde probabilmente per qualche tempo, finchè la cisti si alterò nella sua struttura, atrofizzata da un processo d'indurimento, ed assunse evidentemente, come poteva avvenire, un carattere calcare, e conseguentemente una minore vitalità.

4.° Era quindi da aspettarsi, che i reni, ed il peritoneo, avrebbero continuato ad espellere il fluido separato, e che la cisti avrebbe gradatamente subìto un processo di degenerazione tale qual si è detto più sopra, risultato, che ora fortunatamente si è realizzato.

Caso III. — *Idrope Ovarico della durata di due anni: Ovariotomia: aderenze vascolari, e morte per emorragia: autopsia.* —

M. A. B., età 23, ammessa all'Ospitale S. Maria, il 7 Maggio 1852; — maritata, senza figli; mestruazione regolare, che apparve per prima all'età di 11 anni. Godè generalmente di buona salute. Due anni fa, nel discendere una collina, sentì qualche cosa, che le sortì dall'addome, e tosto dopo s'accorse, a quanto le sembrò, d'un tumore rotondo, duro, nella regione inguinale destra, che gradatamente crebbe in volume fino ad oggi. Essa vi ha un dolore pungente a quando a quando. Il tumore, sul

quale gl'integumenti si muovono liberamente, ora occupa la cavità addominale, arrivando ad un pollice e mezzo distante dalla cartillagine ensiforme. Fluttuazione distinta e percettibile alla parte superiore, dove vi sono anche una o due dure nodosità. Il tumore dà per tutto un suono ottuso; percuotendo alla regione epigastrica, e sulle regioni lombari, v'è risuonanza. Non soffrì mai di difficoltà nella respirazione, o di cattiva digestione, ma qualche volta dopo il cibo patì di deliquio. Orina abbondante; sp. gr. 1022, alcalina, non albuminosa. Ha una circonferenza di pollici 38 $^1/_2$.

11. detto. Un piccolo trequarti — come un ago da esplorazione — essendo stato infisso nel tumore poco sotto all'ombelico, ne uscì un fluido, che conteneva molta albumina, ed alcuni cristalli di colesterina.

19. detto. Gl'intestini agirono liberamente per gli aperienti dati; si sente molto debole; non ha dolore, o incomodo dal tumore. All'esame si sente un margine marcato alla parte superiore-destra dell'addome, come il margine del fegato, ma il dito non poteva passarvi sotto. Sopra questo margine v'è una sostanza che sembra essere il fegato, od una parte dura del tumore: e si muove colla massa generale. Quando essa giace sul suo lato sinistro, il tumore conserva la sua forma; ma una prominenza si sente e si vede sopra, e considerevolmente al destro lato dell'ombelico, ed è separato dal volume generale da una fessura ben marcata. Gl'integumenti sono aderenti al tumore nella parte anteriore dell'addome, ed i muscoli retti fanno un rialzo anteriormente, quando la paziente cerca di alzarsi.

20. detto. 1 30 p. m. Fu cloroformizzata, ed un'incisione era praticata, avente principio due pollici sotto l'ombelico, ed estendentesi inferiormente circa tre pollici lungo la linea mediana, aprendosi la cavità peritoneale, e scoprendosi la cisti ovarica. Quest'ultima apparve molto vascolarizzata, scorrendo parecchi grossi vasi sulla sua superficie, intersecati da altri più piccoli e numerosi. Il peritoneo che la copriva, era strettamente aderente alla sua superficie. Io pertanto mi determinai di rimuovere

l'intera cisti, e nel passare la mano sulla sua parte superiore, trovai e divisi una forte aderenza. Coll'evacuazione della cisti, più che otto pinte ottenevansi d'un fluido scuro giallo-bruno, presentante un'apparenza luccicante, contenendo sospesi in esso dei cristalli di colesterina. Fu ora fatto un tentativo di estrarre dall'addome la vuotata cisti, ma ciò era impedito, benchè la sopra menzionata aderenza fosse distrutta, da altra cisti del volume circa di due pugni. Questa a suo turno fu vuotata mediante il trequarti; il suo contenuto era simile al primo. Vi erano anche diverse altre più deboli aderenze, che si lacerarono sotto il dito, quando la cisti fu tratta fuori dall'addome, ed insieme ad essa una massa apparentemente solida, occupante la cavità pelvica. Il peduncolo comune fu strettamente legato da una doppia legatura, dalla quale fu traversato, e così ogni porzione veniva a legare mezzo peduncolo. Allora la cisti fu escisa.

I margini della ferita erano portati a mutuo contatto da profonde interrotte suture, e da piccole superficiali, per portare i margini dei tegumenti a stretto contatto; le legature erano attorcigliate assieme, e condotte alla parte inferiore della ferita. Una compressa di pannolino umido, era quindi posta sopra la ferita, ed un bendaggio, fatto a proposito, attorno l'addome. Le fu ordinato un grano d'oppio ogni tre ore. La porzione dura della cisti consisteva di numerose cisti più piccole, contenenti un fluido di consistenza più gelatinosa, che quello dei sacchi punti. All'esame dei vasi, se ne trovarono nella sostanza dell'aderenza due molto grossi.

9. 30. Polso a 126; grande prostrazione durante la riapplicazione del bendaggio; amministrata acquavite diluita con acqua. Respirazione a 39. Accusa dolore alla spalla destra; ebbe per varie volte del vomito; ha sete, e insonnio; dato succo di limone: tralasciato l'oppio per qualche tempo. — 12 p. m. Ebbe vomito di nuovo; sentesi meglio; non soffre di alcun dolore; aspetto meno pallido; pelle naturale; respirazione a 42; polso a 148; ritirata colla sciringa circa una mezza pinta d'orina leggermente colorita.

20. detto. 9. 30. Ebbe alcuni accessi di vomito. Polso a 100; non dolore; singhiozzo; ordinato acido idrocianico dil. gocc. 2 ogni quattro ore.

Continuarono il vomito, il polso frequente, e l'irritabilità generale, con leggieri esacerbazioni fino alle 5 a. m. del 22, in cui venne improvvisamente presa da sintomi di colasso, e morì in circa un quarto d'ora.

La morte in questo caso fu effetto d'emorragia, e questa da una sorgente molto insolita, cioè dai vasi di un'aderenza, come fu mostrato dalla

Autopsia — Corpo ben conformato. Addome alquanto timpanitico. I margini dell'incisione aderenti, eccettuato in uno o due punti, attraverso i quali esciva del pus colla pressione; questo pus trovato nel tragitto delle suture profonde. All'aprirsi dell'addome, si rinvenne circa a due pollici e mezzo alla destra dell'ombelico il resto dell'aderenza divisa nell'operazione circondato da un coagulo oscuro. La cavità del peritoneo conteneva circa quaranta oncie di un sangue nero aggrumato. Coaguli aderenti agl'intestini in varie parti; il peritoneo era scolorato, e non molto injettato ne' suoi vasi. Il sangue ebbe evidentemente escita dall'aderenza, la quale, come si disse più sopra, era penetrata da due vasi discretamente grossi. Un piccolo grumo fu trovato nel moncone del peduncolo, che però non sembrava essere da lui escito, dacchè le legature lo stringevano validamente. Lo stomaco disteso da gas e da fluido. Reni pallidi, ma sani; parimenti il fegato; milza piccola con minor sangue del solito. Utero sano; ma la sinistra ovaja conteneva una cisti della grossezza circa d'una nocciuola. — Petto: antiche e sottili aderenze pleuritiche; polmoni alquanto flosci, pallidi ed apparentemente sani. — Cuore: macchia fibrosa della larghezza di una moneta da *sixpens*, verso l'apice. Uno scuro coagulo occupava l'orecchietta destra, ed una massa fibrinosa il ventricolo destro; vuoto il sinistro lato del cuore.

Caso IV. — *Idrope Ovarico della durata di nove anni; ripetute punture; estirpazione, morte.*

La Signora D., d'anni 37, s'accorse che da nove anni l'addome le si gonfiava, e questo ingrossamento diventava

assai grande, ed era causa di così grandi sofferenze, che fu cinque anni fa punta, e fu evacuato un fluido chiaro, e leggermente colorato. La cisti gradatamente si riempì di nuovo, e dopo l'intervallo di due anni era vuotata una seconda volta; ed un'altra, passati altri due anni. Nel Gennajo (1852) la paracentesi fu di nuovo praticata, per la quarta volta, dopo la quale, la raccolta del fluido ebbe luogo sempre più rapidamente; essendosi interposto fra le punture un'intervallo di sette settimane, e per ultimo di sole tre. Essa in tutto sopportò sette operazioni, finalmente la sua salute soffrì considerevolmente per il rapido accumulamento umorale. Nell'ultima occasione il fluido aveva un color rosso; da una cisti ne furono estratti venti *quarti*, e dall'altra sei. Nelle precedenti operazioni furono aperte tre differenti cisti, contenenti ciascuna un fluido distinto. L'evacuazione delle cisti finì per gettarla in una grande prostrazione; infatti dopo due o tre operazioni, sembrò che difficilmente si potesse riavere; quindi furono richiesti stimolanti ed agenti generali, per sostenerla per alcuni giorni dopo le punture. L'addome è grandemente disteso. Prima che io la vedessi, questa paziente rimase sotto la cura del Signor Hearne di Gloucester.

Era evidente, che essa non avrebbe a lungo potuto sopravvivere agli effetti estenuanti di spesso ripetute punture, ed io pensai che le si potesse proporre la probabilità della guarigione mediante l'ovariotomia, benchè pel suo debole stato la prospettiva di un successo non fosse molto incoraggiante.

1 Luglio 1852 — Io procedei ad operare l'estirpazione dell'ovaja malata. Il Dott. Handfield Jones, ed i Signori Smith, J. Lane, Trotter, ed Umphelby, erano presenti e mi assistirono. Cominciando da una piccola incisione, terminai per estenderla ad otto pollici di lunghezza, a motivo del volume della massa morbosa, de' suoi rapporti, ed estese aderenze. Alcune di queste ultime erano della larghezza del palmo della mano, ed una era lunga e cilindrica, e richiese una legatura innanzi di essere tagliata. Si trovarono numerose cisti in connessione colle

più grandi, facilmente lacerabili alla più leggiera pressione e maneggio, rendendosi difficile la loro rimozione. Un' immensa massa morbosa fu estirpata, pesando settanta libbre insieme al fluido contenuto nelle cisti.

Il peduncolo fu legato, la ferita posta a mutuo contatto mediante le suture, un bendaggio applicato, e la paziente riposta in letto.

Immediatamente dopo l'operazione furono amministrati due grani d'oppio, ed un grano ripetuto due volte nel pomeriggio. Riposò alquanto nella notte.

2. detto. Ebbe del vomito dopo aver presa una soluzione di *gruel*; ed a mezzogiorno, essendosi presentata della nausea, le diedi una dose di acido idrocianico in un giulebbe canforato. Un grano d'oppio fu preso questa mattina. Nelle ore p. m. polso a 90, debole; pelle calda; bocca asciutta. Leggiera evacuazione. L'oppio fu ripetuto alle cinque e mezzo, e l'orina estratta. Quest'ultima aveva un odor forte, era molto colorita, di debole acida reazione, e carica di renella.

3. detto. 6 a. m. Persiste un po' di vomito, dato di nuovo acido idrocianico. Polso a 87, non duro; si lamenta di dolore alla fossa iliaca destra. Alle 7 30 fu ordinato una supposta di tre grani d'oppio. — 6 p. m. Polso che cresce in rapidità fino a 111; lingua umida, leggermente intonacata; pelle calda; vomito persistente, non accusa che poco dolore. Addome nella regione epigastrica divenuto più disteso, ma non dolente, eccetto nel fianco sinistro; i margini della ferita bene in contatto. Sul tardi del giorno, il polso divenne più debole, ed indistinto; l'oppio fu ripetuto, e si usò del catetere. Portò qualche giovamento del *brandy* con acqua.

4. detto. 10 30 a. m. Vomito per tre volte; minore distensione dello stomaco; respirazione facile, polso irregolare e debole; non dolore, non sensibilità. Ordinata una dramma di spirito d'etere solforico composto. Dopo ciò cominciò a provare della smania; i sintomi di prostrazione si manifestarono sempre più, in onta a tutti i tentativi di sollevarla coi stimolanti; ed alle quattro a. m. del 5 Luglio morì.

La nausea e vomito costanti in questo caso rendevano inutili gli sforzi per sostenerla contro la scossa, e l'esaurimento, dipendenti dall'operazione; altrimenti il grado dell'infiammazione manifestato dai sintomi, e mostrato dall'autopsia si sarebbe potuto probabilmente frenare.

Sezione, 12 ore dopo la morte. — Corpo non molto emaciato. Alcune congestioni ipostatiche; una grande quantità di fluido scuro sortì dalla bocca, i margini della ferita erano molto esattamente aderenti per linfa gelatinosa; l'adesione di sufficiente robustezza; i margini della ferita aderivano anche agl'intestini. Il grande omento aderiva per recenti essudati, e per sangue al peritoneo della parete anteriore dell'addome, ed al luogo dove erano state dissecate alcune grandi aderenze della cisti. La cavità pelvica conteneva una grande quantità di fluido siero-purulento. La superficie del peritoneo parietale, al sinistro lato specialmente, era intonacata da linfa, ed injettata. La superficie dello stomaco, e generalmente i tenui intestini, erano coperti di un essudato sottile di linfa, senza grande vascolare injezione. La superficie dell'utero era specialmente injettata, ed intonacata di linfa, come anche il legamento lato, ed il peduncolo che fu legato. Il *destro rene* occupato da una venosa congestione reticolare; una cisti alla sua superficie; la tessitura ruvida; qualche porzione della superficie leggermente granulosa. Il *sinistro rene* nello stesso stato, ma la capsula più aderente; la superficie più granulosa. Vi era una quantità di muco gelatinoso, tinto di sangue, che pendeva dalla bocca dell'utero, e continuava nel suo collo, il quale tuttavia non era congestionato, ma appariva sano. Naturale la tessitura del fegato; le capsule generalmente inspessite, ed arrotondato il margine anteriore. Non esaminati gli altri visceri.

Caso V. *Idrope Ovarico multiloculare: escisione incompleta, ed avvizzimento di una cisti: guarigione; punture frequenti di un'altra per otto anni: appresso morte.*

E. H. Signora di 58 anni, inviatami dal Sig. C. Locok, madre di parecchi figli, aveva una grossa cisti multiloculare.

Io incisi contro la cisti nella linea semilunare, aprii le sue pareti, che erano molto spesse, e ne escisi una porzione. Dopo la sortita di un fluido grandemente albuminoso, per l'ammontare di dodici pinte, si scoprì, che una seconda grossa cisti esisteva, il cui fluido io evacuai, e quindi fu chiusa la ferita. Un forte attacco d'infiammazione sopravvenne, che fu curato col salasso, col calomelano e oppio, e la paziente si riebbe. La prima cisti appassì e facilmente si sentiva attraverso le pareti addominali; ma l'altra frequentemente si riempì. Nel 1854 si riempì ad una data più lontana; la paziente godeva di buona salute, e poteva camminare, e guidare cavalli come prima. Benchè sia stata applicata la compressione; il decrescimento in quantità del fluido separato non proseguì dopo il 1854; al contrario, allora cominciò, come lo dimostra l'annessa tavola, un leggiero aumento in quantità, che anno per anno si fece più pronunziato, e richiese che più spesso si ripetesse la paracentesi, fino all'estate del 1859, quando finalmente le forze della paziente soccombettero sotto l'enorme perdita del fluido sieroso dal suo sistema.

Fino ad un certo punto l'operazione fu felice nell'antecedente caso; la cisti operata appassì, e se non avesse avuta una nuova sviluppata in connessione con essa, la quale non era sottoponibile allo stesso trattamento, si sarebbe potuto ragionevolmente attendere un successo felice. Nonostante il sollievo procurato alla paziente fu molto considerevole; perchè prima di quello, era dessa cagionevole di salute, e prossima ad ammalarsi senza speranza, e quasi costantemente obbligata al letto; mentre dopo l'operazione migliorò tanto in salute ed in forza, che era capace di andare attorno con soddisfazione e senz'incomodo, e fare liberamente dell'esercizio. In questa condizione pertanto comparativamente soddisfacente, essa visse per otto anni, giacchè non era, che fino al 1859, che si mostrò un effettivo deterioramento nel suo fisico.

Questo caso ha un ulteriore interesse, come quello che mostra la tolleranza dell'operazione della paracentesi, l'enorme perdita di fluido dall'economia, ammontante in tutto a 1333 pinte, o 166 galloni.

L'annessa tavola presenta i cambiamenti avvenuti nella morbosa attività della cisti, e la totale quantità estratta:

	Punture	Pinte		Punture	Pinte
13 Marzo 1851	1	39	27 Marzo 1856	20	40
5 Giugno »	2	26	25 Luglio »	21	41
22 Luglio »	3	26	5 Decembre »	22	44
26 Settembre »	4	30	6 Aprile 1857	23	43
12 Novembre »	5	28	4 Luglio »	24	44
26 Decembre »	6	28	15 Ottobre »	25	46
19 Febbrajo 1852	7	28	30 Gennajo 1858	26	48
15 Aprile »	8	24	6 Maggio »	27	50
19 Giugno »	9	23	30 Luglio »	28	50
26 Agosto »	10	23	23 Ottobre »	29	54
25 Ottobre »	11	24	28 Decembre »	30	56
23 Decembre »	12	24	22 Febbrajo 1859	31	56
1 Aprile 1853	13	25	12 Aprile »	32	56
14 Luglio »	14	26	22 Maggio »	33	57
16 Decembre »	15	30	17 Giugno »	34	57
17 Marzo 1854	16	30	25 Luglio »	35	50
9 Settembre »	17	32			
7 Aprile 1855	18	37		Totale	1333
1 Ottobre »	19	38			

Caso VI. *Tentata escisione di una porzione di cisti: susseguente estirpazione, e guarigione.*

La Signora B. dell'età di 30 anni. Nel 1843 questa Signora fu punta per idrope ovarico, ed applicata la compressione, e per sette anni non ebbe luogo il ritorno del fluido. Nel 1850, accusava d'essere meno vigorosa. All'esame dell'addome, trovai nella fossa iliaca sinistra un tumore solido, leggermente elastico, ma non fluttuante. Nel 1851 la riesaminai, e trovai di nuovo il tumore, ma non peranche vi scoprii fluttuazione. Nel Marzo 1852, vi era un considerevole aumento del tumore, e la fluttuazione era distinta. Poco dopo, io introdussi un'assai piccolo trequarti, ed estrassi un'oncia di un fluido chiaro, trasparente, ed assai poco albuminoso. Sembrommi un caso favorevole per l'escisione di una porzione di cisti, dacchè probabilmente non vi erano aderenze, e la paziente era in eccellente salute, e stato morale, fidente com'era nel buon'esito della proposta operazione. Le consigliai un vitto latteo, farinaceo e vegetale, esclusa la

birra, il vino, o spiriti, e di tenere ogni giorno aperto l'alvo. Ciò fu scrupolosamente seguito, ed il volume dell'addome diminuì grandemente con questi mezzi.

Operazione — 29 Marzo 1852. Presenti il Sig. Lane, non che il Sig. J. Lane, il Dott. H. Jones, il Sig. Wellings, il Sig. Bullock, e mio fratello Sig. Giorgio Brown.

Essendo stato amministrato il cloroforme, ed una tovaglia applicata e stretta attorno le ultime coste, la paziente fu condotta in basso ai piedi del letto, e l'addome essendo sostenuto dai Signori Lane, io feci un' incisione di quattro pollici fra l'ombelico ed il pube, dissecai il peritoneo, e lo divisi sopra una sonda scanalata; afferrai la cisti colla pinzetta, e quindi vi infissi il trequarti, e ne estrassi circa nove pinte d'un fluido chiaro. L'esterna membrana della cisti era molto vascolare, ed era percorsa da alcuni grossi vasi. Evitando i più voluminosi, escisi una porzione di cisti, della larghezza della palma della mia mano, e riscontrai, che tutto il margine tagliato della porzione della restante cisti, che era grossa (un ottavo di pollice), dava sangue abbondantemente, e che la torsione de' vasi non sembrava fermarlo. Per queste circostanze, non trovandovi aderenze, ci determinammo di rimuovere l'intera cisti. Estraendola pertanto, io giunsi al grosso e rotondo peduncolo del tumore del sinistro lato; la sua base era larga un pollice e mezzo, e scorreva nel suo centro un grosso vaso sanguifero. Passai una doppia legatura attraverso la base, e ne strinsi fortemente le due metà, quindi portai a mutuo contatto i margini della ferita della parete addominale, mediante quattro profonde suture e tre superficiali. Lasciai le legature pendenti fuori, e le assicurai mediante sparadrappo al destro lato; applicai una compressa bagnata, e sopra tutto l'addome uno de' miei bendaggi a più capi. L'operazione richiese più di mezz'ora. Tardò a riaversi dal cloroforme, ed ebbe del vomito dopo aver preso dell'acquavite coll'acqua. Polso a 108.

Alle 8 p. m. prese un po' di *tè di bue*, e due grani d'oppio. Alle 10 p. m. il Dott. H. Jones, ed il Signor Bullock, la videro con me. Polso a 108; pelle morbida

ed umida; aspetto disinvolto, e speranzoso. Applicati fomenti d'acqua fresca, e riapplicato il bendaggio, usato il catetere, e dato un grano d'oppio. Alle 12, ebbe della nausea, e vomitò abbondantemente.

30. detto. Alle 4 a. m., ritornò il vomito, e dopo dormì tranquillamente; pelle umida polso a 100, e compressibile. — 7 30 a. m. Nausea: dato del ghiaccio da succhiare, che procurò del sollievo. — 2 30 p. m. Polso a 90; contegno allegro; prese del *tè di bue*; ferita di buon aspetto; non gonfiore all'addome; sostituito un empiastro su tutto l'addome ai fomenti freddi con pannilini e tovaglioli.

31. detto. Passò una buona notte. Orinò liberamente, però manca la contrattillità allo sfinctere della vescica; polso a 100; pelle umida; aspetto allegro. Ordinato del *tè di bue* per sostenerla, ed una pillola di oppio, se non potesse prendere riposo. Non sensibilità, o gonfiore all' addome.

1 Aprile. Passò una buona notte in seguito di una dose d'oppio; gustò la sua colazione; polso a 96; aspetto gioviale; rimosse le suture interrotte.

2 Aprile. Passò una notte molto smaniosa, ed ebbe perciò due grani d'oppio, una alle 12, e l'altra alle 3; ed è ora assai sonnolenta. *Tè di bue.* Rimosse le due inferiori suture, la ferita è unita per prima intenzione.

3. detto. Le suture avendo cagionato del dolore, rimosse le tre superiori; ordinato dell'*arrow-root*, con frammista un'oncia di vino.

5. detto. Ordinata un'injezione di acqua calda, che vuotò l'intestino.

Da questo tempo gradatamente progredì senza alcun sintomo sfavorevole, ed al 27 caddero le legature.

30. detto. Alzata nell'anticamera, e convalescente.

Questo caso offre un' importante immagine dell'operazione, dacchè presentò delle serie pratiche difficoltà nel completare l'escisione, cioè l'emorragia dai numerosi vasi sanguiferi ramificantisi nell' esterna membrana, ed ammenocchè io non mi fossi deciso di estirpare l'intera cisti, avrei dovuto applicare legature a tutti i vasi sanguiferi, prima di chiudere la ferita dell'addome.

Questa Signora si maritò nell'Ottobre 1853, e nel Gennajo 1860 era già divenuta madre di tre robuste fanciulle.

Caso VII. *Idrope Ovarico, della durata di quindici mesi; Ovariotomia: morte: autopsia.*

Elisabetta D. dell'età di anni 29, maritata, fu ammessa nell'Ospitale S. Maria soffrendo d'idrope ovarico.

L'addome cominciò a crescere rapidamente al destro lato circa quindici mesi innanzi. Salute molto buona; mestrui regolari fino a questi ultimi tempi. Ha un figlio di sei anni. Mediante diligente manipolazione la mano può essere passata sotto il tumore, in modo da escludere la probabilità di aderenze; la cisti può anche essere spostata un poco da un lato all'altro; fluttuazione oscura.

16 Giugno 1852. *Operazione.* — Fu cloroformizzata e fu praticata un'incisione, lunga circa quattro pollici, nella linea mediana sotto l'ombelico. Veniva allora a far mostra di sè un grosso tumore irregolare, aderente solo ad un piccolo punto dell'omento. Fu punta in diversi luoghi, e piccola quantità fu estratta d'un fluido alcunchè gelatinoso, ma non sufficiente per impiccolire il sacco. L'incisione delle esterne pareti era pertanto estesa in alto verso l'ombelico per circa tre pollici, ed in basso verso il pube per due pollici. L'omento era quindi diligentemente dissecato dalla cisti, essendo stato asportato un pezzo della membrana peritoneale, e legato un piccolo vaso tagliato. Un grosso vaso rampicantesi dal peduncolo sulla cisti era parimenti diviso. Il peduncolo veniva poscia legato con tre allacciature passate attraverso di lui; e tutto il tumore rimosso; pesava 11 libbre e tre oncie. I margini della ferita erano quindi portati a mutuo contatto con quattordici suture profonde, e tre o quattro superficiali, essendosi condotte inferiormente le legature, eccettuata quella dell'omento, che fu lasciata nell'addome. Fu applicato un pannolino bagnato ed un bendaggio.

6. p. m. Lamentandosi di un forte dolore nell'addome, e che il bendaggio era troppo stretto, questo fu allentato. Ordinati due grani d'oppio subito, e dopo due ore. — 9 45. Accusa dolore aumentato; non potè dormire; addome cresciuto un poco in volume; si lamenta di nuovo del ben-

daggio; lingua e pelle umide; polso a 100 e molle; respirazione a 36; leggiera evacuazione addominale, un poco di sensibilità, ha le sue ginocchia innalzate. Cloruro d'idrargirio grani cinque ogni quattro ore. Oppio grani due ogni due ore.

17 Giugno, 1 15 a. m. Polso a 100, più pieno; è stata meglio, ma ora si lamenta di maggior dolore. Salasso di oncie 24. Il sangue era cotennoso. Cominciò ad avere delle manchezze e della nausea; polso a 120, piccolo e piuttosto debole; diceva di sentirsi meglio e potè prendere meglio un profondo respiro. Ordinato un clistere oppiato subito, e dopo quattro ore se vi era bisogno. Un sottile empiastro fu posto con sollievo sull'addome. — 9 30 p. m. Dolore tolto colle mignatte; polso a 150, e piccolo, inclinato ad essere sfuggevole; lingua umida. Pillola d'oppio di grani due subito, e tre ore dopo se vi sarà bisogno; *tè di bue.*

18 Giugno, 8 a. m. Passò una notte discreta, e dormì cinque ore; ebbe del vomito nella passata notte dopo le pillole di oppio; un poco di singhiozzo; lingua umida alquanto impaniata nel mezzo; polso a 135, piccolo, vibrante e debole; pelle calda, non bruciante; addome non molto disteso; soffre senza dolore una leggiera pressione; aspetto non sofferente; prese circa una tazza di *tè di bue,* e lo ritenne nella passata notte. Ordinato per oggi del *tè di bue,* del latte e del gelato di limone. — 2 30. Frequenti vomiti; vomitate materie acquose, e mucose verdastre; non dolore o distensione; polso a 145 piccolo e debole. Una bottiglia di *soda water,* ed una mistura di carbonato di soda con acido idrocianico ogni ora. — 9 p. m. Amministrato un poco di *brandy* coll'acqua. Aspetto migliorato; si sente un poco meglio; meno vomito, polso a 150, non frizzante; respirazione a 20. Bi-solfato di chinino grani due, acido solforico diluto goccie cinque, spirito di etere solforato composto goccie quindici, acqua oncia mezza, da prendersi frequentemente.

19. detto. Ha dormito per due ore; aspetto decisamente migliorato. Lingua umida, leggermente impaniata. Ebbe due altre dosi di chinino senza spirito etereo solfo-

rato, e prese in varie volte dell'*arow-root*, del *tè di bue*, della gelatina, con un poco di *brandy* coll'acqua, senza aver della nausea. Ferita riunita per prima intenzione.

20. detto. 10 a. m. Polso a 120, piccolo, alcun poco meno debole; ebbe qualche sonno tranquillo nella notte. Rimosse alcune legature. Volume dell'addome piuttosto cresciuto; non sensibilità; uno strato fresco d'empiastro applicato contornante l'addome. Nella passata notte una pillola di sapone composta di grani dieci come supposito-rio. Ad un'ora, vino di Porto, ed una cotoletta magra di castrato. Clistere con un poco di olio di ricini, che procurò abbondante evacuazione. — 9 p. m. Vomito di nuovo questa sera, manifestamente da etere dato per isbaglio; molte flatulenze. Ripetuto subito l'austo d'acido idrocianico; nell'ora del riposo, la pillola di sapone composto di dieci grani.

21. detto. Dormì circa un'ora; addome più molle e più ristretto. Polso a 114, pelle calda. Cotoletta per oggi; mezza pinta di *Porter*; *brandy* oncie cinque. Rimosse sei suture. Ripetuto il suppositorio la sera.

22. detto. Non dormì che mezz'ora nella notte; il vomito ritornò ad intervalli; ebbe due evacuazioni alvine. Polso a 144, rimosse alcune suture; applicate alcune striscie adesive. Durante un accesso di vomito nel pomeriggio lo sparadrappo cedè, ed i margini della ferita si separarono, esponendo completamente gli intestini, che erano ricoperti di linfa. I margini della ferita furono subito riuniti assieme con quattro suture. Prescritto un'austo, contenente acido nitrico diluto e china.

23. detto. Dormì bene ad intervalli. Polso a 135, piccolo; pelle non calda; lingua quasi pulita. Gl'intestini agirono tre volte nella giornata. Mangiò a riprese la metà di due cotolette di montone, e bevette una mezza pinta di *Porter*; dormì bene e profondamente durante il giorno. Polso a 144, molle e debole; pelle fresca ed umida.

24. detto. Dormì poco la passata notte; ferita aperta per circa due pollici nella parte superiore, avendo ceduto una sutura; dormì assai durante il giorno; prese due cotolette di montone, una sogliola lessata, e sedici oncie

di vino di Porto, non che quattro oncie di *brandy*; non vomito. Ferita medicata oggi.

25. detto. Passata una notte migliore di ogni altra; aspetto questa mattina molto favorevole; gaja. Polso a 120 più forte. Ebbe evacuazione ogni notte dagl'intestini, con escita di molti gas. Lingua pulita, piuttosto asciutta, alla medicatura della ferita si ebbe della materia saniosa.

27. detto. Lingua umida e pulita. Polso a 120, più distinto; contegno migliorato; ferita d'aspetto buono. Dieta, vino una pinta, *Porter* mezza pinta, sogliola, riso e latte.

1 Luglio. Dormì quieta quasi tutta la notte: tendenza degli intestini allo scioglimento. Si nutrì bene. Polso a 117, più distinto; ferita beante alla parte superiore, però con granulazioni buone alla base, ed ai margini, aspetto migliore.

3. detto. Lingua piuttosto asciutta, specialmente all'apice; dormì bene, mediante un suppositorio oppiato; le evacuazioni disturbate più della passata sera; mancanza di riposo; ferita cicatrizzantesi piuttosto languidamente. Polso a 126; pelle alquanto calda.

6 detto. Lingua piuttosto secca. Polso a 120, molto debole; pelle bruciante e secca; jeri molto depressa pel gran sudore; appetito mancato; evacuazioni involontarie, frenate da suppositorj; aspetto meno favorevole; accusato un leggiero dolor di gola (sembra piuttosto che vi sia del trisma); ferita di aspetto languido, ma non di cattivo colore; legatura del peduncolo cadde con una porzione di sostanza mortificata. Aggiunto alla mistura bi-solfato di chinino grani dieci.

8. detto. Condizione quasi la medesima; si presentarono i mestrui nella passata notte; la ferita quasi nello stesso stato; medicata con lavanda *nera*; prese bene della birra, e del vino, ma non molto alimento; minori evacuazioni. Polso a 117; pelle discretamente fresca; continua il serramento di mandibole; ingrossate le glandole sotto la mascella inferiore del destro lato, cosicchè non può aprir bene la bocca. P. citrato di ferro e di chinino gr. 15, tintura di cinconina composta dramme due, acqua *pimentae* oncia una, tre volte al giorno.

11. detto. I mestrui avendo continuato per circa quattro giorni — questo essendo il periodo naturale — oggi giunsero all'imponenza di una metrorragia, che la depresse assai. Le furono amministrati abbondantemente degli stimolanti in questo, e nel giorno appresso, ma continuò a venir meno, e morì il 12, circa alle 9 $^1/_2$ p. m. La metrorragia era frenata dall'applicazione del ghiaccio in vagina. Le materie dalla ferita addominale furono putride durante i quattro ultimi giorni. La rigidezza delle mascelle continuò sino all'ultimo.

Sezione 17 ore dopo la morte. — Corpo emaciato; ferita dell'addome lunga sette pollici e mezzo, divisi i suoi margini, e di un'apparenza di semi-mortificazione. Il fondo della ferita, formato dall'omento, coperto alle sue superfici di deboli granulazioni, in uno stato quasi di cancrena. Il peritoneo dei margini della ferita aderente al focolajo viscerale; al sinistro lato queste aderenze non si stendevano di molto; al destro erano molto più estese, ed occupavano tutta la regione iliaca, e lombare destre. Lo stomaco ed il duodeno discretamente sani, e liberi da traccie d'infiammazione, tutti gl'intestini tenui coperti di granulazioni di linfa di qualche consistenza, e di un aspetto piuttosto scuro e putrido. L'infiammazione fu più considerevole al destro lato dell'addome, dove unì assieme esteso tratto di anse intestinali mediante linfa effusa, e che in alcuni luoghi era anche passata a suppurazione. In alcuni punti era cominciata l'ulcerazione del canale intestinale, estendentesi nella direzione della cavità dell'intestino; una tale chiazza nel cieco era talmente rimarchevole, da cagionare assottigliamento, e congestione della membrana mucosa; l'interna dell'ileo assai congestionata. Il peritoneo, che copre l'utero e la vescica, era infiammato, e coperto di linfa, come anche quello che copre il fegato, il quale mediante alcune lunghe aderenze, trovavasi unito al diaframma. V'era una piccola escavazione ulcerosa alla superficie vaginale del collo dell'utero; la membrana interna dell'utero molto congestionata, specialmente verso la destra tromba faloppiana: nella direzione dell'altra era pallida, ed uno specillo avrebbe potuto pas-

sare dalla cavità uterina attraverso il rimanente della tromba, che venne divisa, nel separare il peduncolo della cisti.

Caso VIII. — *Idrope ovarico della durata d'un anno: cura in prima colla puntura e colla compressione: escisione di porzione di cisti impraticabile: ovariotomia: guarigione.*

La Signora B., età 57, otto mesi fa s'accorse di un gonfiore dell'addome al destro lato: dapprima l'accrescimento fu graduale, ma alla fine molto più rapido; dieci anni fa scomparvero i mestrui, ma ricomparvero nell'Aprile scorso; ebbe sette figli, avendo il più giovane quattordici anni. Raccomandai di ricorrere in prima alla puntura, seguita da valida compressione. Pertanto nel giorno 3 Novembre 1853, estrassi mediante la puntura tredici *quarti* di fluido, che conteneva una considerevole quantità d'albumina, e quindi applicai uno de' miei *bendaggi ovarici*, e le amministrai il bi-cloruro di mercurio in una tintura di china. La sua salute e gajezza rapidamente migliorarono, ed essa ritornò a casa in campagna.

Al 3 Decembre mi scrisse che aveva grandemente migliorato in salute, che essa aveva — da me incaricata — tenuto nota diligente del fluido ingerito, e dell'orina emessa: e trovò il primo, dal 10 Novembre al 3 Decembre di 24 pinte, e la seconda di 29; ricavandosi da ciò, che i reni avevano separato un eccesso di fluido di cinque pinte.

Dopo quest'epoca la cisti gradatamente si riempì di nuovo: ed al 27 Febbrajo 1854, si portò nuovamente alla Capitale, ed espresse il desiderio, che le venisse praticata l'estirpazione del tumore. Perciò al 2 Maggio, appunto quattro mesi dopo la puntura, avendola prima tenuta per un breve tempo ad una dieta farinacea, impresi l'operazione. — Cloroformizzata, la collocai diagonalmente attraverso il letto, ed assistito dai Signori Nunn, Winchester, Wilkin, e dal mio defunto figlio, procedei al manuale operativo. Facendo un'incisione nella linea mediana, fra l'ombelico ed il pube, della lunghezza di circa tre pollici esternamente, giunsi al peritoneo, che diede qualche

imbarazzo nel dividerlo, mediante l'uso di una sonda scanalata, giacchè vi era una grande quantità di fluido fra esso e la cisti. Questo era pertanto in breve del tutto evacuato, ed il tumore ovarico bene messo in vista. Io dapprima aveva avuto l'intenzione di asportare soltanto un pezzo di cisti, ma ne trovai le pareti così grosse, che quasi ciò era impraticabile. Insinuai la mia mano attorno al tumore, e non trovai aderenze. Un assistente allora prendendo il tumore con una pinzetta dentata, v' infissi un trequarti, e mentre il fluido ne esciva, la paziente ebbe conati al vomito, ed il tumore venne espulso interamente. Io quindi legai il peduncolo, che era largo quattro pollici, e lungo due pollici, in due metà con doppia legatura, mediante cordoncino di refe bene cerato, e separai il tumore stesso. Durante la sortita del tumore, venne a protrudere un'assai piccola porzione d'omento, e d'intestini, che erano tenuti addietro, mediante flanelle inzuppate in acqua calda. Il peduncolo venne assicurato alla sonda scanalata, posta trasversalmente all'addome, per tenerlo all'esterno; e la ferita fu chiusa da quattro profonde suture al disopra del peduncolo, e da una al disotto, non che da quattro, o cinque suture interrotte. Una compressa di tela inzuppata in acqua fredda venne soprapposta, e su questa uno dei miei bendaggi di flanella a più capi.

Furono dati due grani d'oppio, tostocchè essa si riebbe dagli effetti del cloroforme, ed un grano ordinato ogni due ore, non che del ghiaccio da succhiarsi continuamente.

11 p. m. Ebbe sei grani d'oppio. Polso a 98, filiforme; si lamenta di flatulenze, con nausea e vomito; leggero malessere, e sintomi evidenti di peritonite che si ordisce. Sedici oncie di sangue dal braccio. Dopo il salasso, il polso a 84. Dati dieci grani di calomelano, e due di oppio, e dopo un grano d'oppio ogni ora.

3 Marzo. Ha dormito un'ora e mezzo; si sente molto sollevata; nausea quasi cessata; polso a 86. — 6 30. È stata molto quieta; aspetto perfettamente calmo. Non indizi di peritonite; polso a 86, e buono. Prese in tutto

dodici grani d'oppio. Essa ora accusa, che ogni qualvolta ingeri l'oppio ebbe secchezza di gola e grande sete; e benchè abbia preso dodici grani di oppio solido non vi erano segni di narcotismo. Gli intestini agirono tre volte mediante il calomelano, ed emise grande quantità di gas. 11. p. m. Ordinato un quarto di grano di muriato di morfina ogni due ore, finattanto che abbia conciliato il sonno. Durante la notte essa ne prese quattro dosi, fu perfettamente tranquilla benchè dormisse poco.

4 detto. 7 a. m. Polso a 72; pelle umida, fermato l'alvo; non sensibilità alla pressione. Dopo l'operazione l'orina fu ritirata ogni quattro ore mediante il catetere. Concesso *tè di bue*, ed acqua d'orzo; la morfina da ripetersi la notte.

5 detto. Dormì bene. Polso a 72; la parte superiore della ferita riunita per prima intenzione; il peduncolo del tumore comincia ad imputridire. Al 10 rimosse le suture superficiali; al 12 rimosse le due profonde superiori, unione perfetta; al 15 le legature caddero; ed al 16 fu in grado di essere collocata in un sofà.

25 detto. Trovasi bene del tutto, ed andò a passeggiare per la città.

Gennajo 1861. Questa paziente continua a godere buona salute.

Voglio chiamare l'attenzione al fatto dell'estremità legata del peduncolo ed alle legature, che in questo caso furono tenute all'esterno, com'è raccomandato dal Signor Duffin, ed anche praticato dal Sig. Erichsen.

Caso IX. *Malattia ovarica: ovariotomia: morte: autopsia.*

La Signora R. età 37, mi consultò nell'Ottobre 1853. Si maritò a 19 anni, ed è madre di due figli, dell'età di 12 e di 13 anni e $^1/_2$. Essa godè di buona salute fino al Maggio 1852, quando fu improvvisamente presa da un dolore il più violento al destro lato dell'addome, estendentesi all'articolazione dell'anca ed in basso, accompagnata da vomito. Questo dolore continuò giorno e notte per tre giorni, quando gradatamente si calmò, lasciando solo una fitta all'articolazione suddetta, che continuò per

alcuni giorni ancora. In circa tre settimane essa si ristabilì nella sua salute ordinaria, ma dopo qualche tempo rimarcò una sensibilità, accompagnata da un leggero gonfiore, alla parte inferiore del ventre. Di ciò si diede poco carico, non soffrendone la sua salute generale. Come s'avvanzò l'inverno il gonfiore continuò ad accrescersi, e nell'Aprile 1853, consultò il Sig. C. Locock, che giudicò la malattia per idrope ovarico. Nell'Ottobre grandemente s'affievolì nella salute e nelle forze, ed io le consigliai il cambiamento d'aria, coll'adozione d'ogni mezzo per ristorarne le forze, e l'uso di uno stretto bendaggio. Lasciò dessa la Città per Brighton, ed alla fine di tre settimane era grandemente migliorata. Due mesi dopo cominciò a provare maggior insonnio nella notte, con un senso di peso e di oppressione nel camminare. Avea grande dolore all'anca, al ginocchio, ed all'articolazione del piede. L'insonnio continuò talmente incomodo, che si determinò di nuovo a consultarmi. Sei mesi essendo passati dacchè io l'aveva veduta per la prima volta, era gradevolmente sorpreso del miglioramento nella salute generale; ed essa avendo udito, che io aveva avuto da poco un caso felice di ovariotomia, si determinò di sottomettersi all'operazione, dopo di essere stata pienamente edotta del pericolo da superare, il quale nel suo caso era anche più grande dell'ordinario.

Essendo amministrato il cloroforme, io procedei ad operarla al 6 Aprile 1854, presenti i Signori Lewis, Nunn, Winchester, ed il mio defunto figlio.

Attraverso un'incisione esploratrice, con un dito spinto sul tumore erano lacerate le aderenze alle quali potevasi arrivare; l'incisione fu quindi dilatata a pollici 3 e $_1/^2$, e la mano essendo stata introdotta, le aderenze cederono anteriormente al tumore; ma alla parte superiore, ed ai lati si trovarono essere molto forti. Fu quindi usato il trequarti, ed evacuate 21 pinte di un fluido bianco, oleoso, frammistavi una sostanza come grassosa. Dopo circa 20 minuti di difficile maneggio, tutte le aderenze erano separate. Al lato sinistro v'era un focolajo di materia plastica, manifestamente effusa per peritonite, insinuatasi

fra il tumore ed il peritoneo, incollanteli assieme, e specialmente adesa alla cisti, alla quale formava quasi un esterno indumento. Questo focolajo fu alla fine con grande difficoltà e fatica distaccato dal tumore; una piccola porzione d'intestino e di omento, ai quali la cisti era superiormente adesa, protrusero, ma furono tenuti addietro da flanelle inzuppate in acqua calda. Insignificante fu la perdita del sangue. Il peduncolo del tumore che era largo quattro pollici, fu legato in quattro porzioni, e ritenuto all'esterno col mezzo di una sonda posta trasversalmente all'addome. La ferita fu chiusa da quattro profonde interrotte suture, e da due superficiali. Nel tumore vi erano tre ciocche di capelli, della dimensione circa della metà di una palma della mano, e molte escrescenze a cavolfiore sulla sua membrana interna. Essa ebbe subito dopo l'operazione due grani d'oppio, e ripetuti ad intervalli durante la notte, cosicchè alle otto della mattina del 7, aveva preso 14 grani d'oppio, e 4 grani di muriato di morfina, ma nonostante non ebbe ad intervalli che due mezze ore di sonno. Un vomito costante le impedì di avere il minimo riposo. Polso da 96 a 100. Da prendersi 4 grani d'oppio, ed una mistura d'acido idrocianico, ammoniaca, e soda. — 11. 30. p. m. Non più vomito; ebbe un sonno ristoratore di tre quarti d'ora per due volte.

8 detto. 9. a. m. Dormì di più, e prese del *tè di bue*, gelato di limone, acqua d'orzo, e tè. — 7. 30. p. m. Due grani d'oppio, dati tre volte dalla mattina. Molto sollevata, dice che si sente bene del tutto; pelle umida. Non gonfiore di addome; medicata per la seconda volta; il peduncolo fetente, lavato con una soluzione di cloruro di calce. Polso a 100.

9. detto. Nel tutt'assieme ebbe un giorno confortevole; ma verso sera fu disturbata da eruttazioni gassose, e nausea. Dato un austo di rabarbaro.

10. detto. 7. a. m. Passò una notte inquieta; ebbe del vomito, e dell'insonnio. Evacuò quattro volte; molti gas escirono pel retto dopo le injezioni. Una dose di creosoto sospese il vomito per qualche ora. — 10. p. m. Vomitò una pinta di fluido scuro; date 20 goccie di bi-meconato

di morfina. Tosto dopo si riaffacciò il vomito; dopo due ore, ripetuto l'oppiato, e dopo quattro ore, di nuovo.

11 detto. Dalle 4. a. m. non vomito, ma qualche volta singhiozzo. — 11. a. m. Ebbe del sonno molto tranquillo, e ristorante, e trovasi meglio. — 9. p. m. Passò una giornata molto quieta, dormendo, e prese una tazza di *tè di bue*. Furono date alternativamente dell'acqua d'orzo, e del brodo di cucina. Tolte le due profonde suture superiori; pus di buona qualità dalla ferita.

12 detto. 8. a. m. Passò una notte cattiva, ebbe spesso del vomito. Dati 2 grani di calomelano, e nella sera l'intestino era vuotato da un'injezione; lasciato l'appiato nella notte.

13 detto. Passò una confortevole notte, e trovasi meglio. Rimosse le ultime suture.

14 detto. Ebbe una notte insonne e questa mattina non è egualmente bene. Nella sera fu molto agitata; polso piccolo e celere. Sudore freddo e vischioso alla cute, ed alle mani. Datole del *brandy* caldo con acqua, e mezz'ora dopo del vino di porto, con 20 goccie di bi-meconato di morfina, il quale in mezz'ora conciliò del sonno, e quietò la smania.

15 detto. 8. a. m. Ebbe molto vomito durante tutta la notte, ora ha minore oppressione, e non è così abbattuta come nella notte. Ordinatale una goccia di acido prussico ogni ora, e vino, nonchè nutrimento da continuarsi. Essa si depresse nonostante, rapidamente peggiorò, e morì alle 11, 30. p. m.

L'autopsia fu fatta alle 4 p. m. del 16 Aprile. Un'immensa quantità di fluido sanio-purulento fu trovata nella cavità pelvica; gli intestini presentavano in alcuni punti un leggiero rossore; la porzione inferiore dell'omento era molto ingrossata ed indurita; ciò che rimase di quello, che all'operazione sembrò essere un secondo indumento della cisti, trovossi molto aderente al peritoneo, e nodulato in alcune parti, e vi erano evidenti sintomi di forte infiammazione di antica data. Una porzione dell'inspessito omento ed un pezzo di tessuto morboso, insieme all'appendice vermiforme, al rene, all'utero, erano tolti per

un esame successivo. Nel torace si trovarono i polmoni estesamente congestionati; le pareti muscolari del cuore flacide, con degenerazione adiposa in alcune parti, e vi era del fluido nel pericardio. Lo stomaco era enormemente distesto. All'esame si trovò l'utero ingrossato, e le sue pareti di un aspetto pallido, ma niente si potè vedere di abnorme; la porzione inspessita dell'omento era di semplice origine infiammatoria, e conteneva alcune macchie di adiposa degenerazione; l'appendice vermiforme vuota e naturale; da un lato della sostanza morbosa, che copriva la cisti ovarica eravi un denso strato di membrana fibrinosa inspessita, sotto cui una quantità di tessuto areolare meno indurito, e adipe contenente molta sostanza d'un nero pigmentario. Il rene, benchè molto ingrossato era abbastanza sano; una piccola formazione interstiziale fibroide esisteva fra i tubi; le capsule corrugate.

Caso X. *Idrope ovarico, durata diciotto mesi: ovariotomia: morte.*

La Signora C. età 31. All'età di 12 anni soffrì molto d'incontinenza d'orina; ciò continuò fino a 17 anni, e da questo periodo la sua salute non fu buona, e soffrì molto di dolore alle gambe, e ad un lato. La mestruazione sempre regolare, ma accompagnata da gran dolore. Nel 1851 prese un'infreddatura, e fu molto malata per isterismo, e durante un accesso mentre la madre le applicava delle flanelle sull'addome, scoprì un tumore grande come una grossa palla, al lato destro del ventre. Aumentò rapidamente in volume, per cui fu posta sotto cura, e migliorò d'assai, in guisa da non accorgersi del suo stato nell'esercizio della vita. A Natale scorso essa prese un'infreddatura, e peggiorò rapidamente. In Aprile, le sue gambe erano molto gonfie; andò quindi in campagna, ed il gonfiore diminuì. I mestrui si presentarono ogni 15 giorni. Da ultimo il gonfiore crebbe molto di nuovo.

18 Settembre 1852. Fu punta nella linea semilunare sinistra, e fu estratta una grande quantità di fluido sieroso chiaro. Come ve n'era rimasto molto, un'altra puntura fu fatta al destro lato, e ritirata una grande quantità di fluido assai albuminoso. Dopo ciò vi rimase una

grossa massa composta d'innumerevoli cisti di vario volume, che non si poterono vuotare. Fu applicata una leggiera compressione ed il bendaggio. Era al presente reso evidente, che non vi era mezzo di portare un sollievo, eccettochè coll'estirpazione, e dopo le dovute considerazioni essa vi si acconciò.

29 Settembre 1852. Io da prima feci una piccola incisione nella linea mediana, cominciante proprio sotto l'ombelico, e tagliai giù fino alla cisti. Insinuando il dito attraverso quest'apertura intorno la cisti stessa, per quanto vi si poteva giungere, non mi fu dato trovare aderenze. L'incisione fu allora estesa circa mezzo pollice da ogni lato, quando tre arterie di grosso calibro furono divise, e richiesero la legatura. La prima cisti che si presentò, fu vuotata, e la mano passata entro la ferita per rompere le aderenze. Ve ne erano poche e di nessuna importanza, alla parte superiore del destro lato. Otto cisti erano quindi successivamente vuotate, e la massa era poscia estratta dall'addome. Il peduncolo veniva legato in tre porzioni, ed il tumore esciso. La ferita era riunita con suture superficiali e profonde. Il peduncolo poi ritenuto all'esterno della ferita col mezzo d'una sonda d'argento passata attraverso della legatura, e situata trasversalmente all'addome. Applicata della tela bagnata, ed un bendaggio a più capi. Gli effetti del cloroformio si dissiparono tosto, ed allora furono amministrati due grani d'oppio. Nella sera ebbe della smania e del vomito, e dopo ciò si sentì sollevata.

30 Settembre. Alla metà della giornata, ebbe molte flatulenze, con qualche sensibilità all'epigastrio sotto la pressione. Ebbe otto grani d'oppio in venti ore. Salasso di oncie dodici. Evacuazione di corpo nella sera, e grandi flatulenze. Peggiorò rapidamente dopo ciò, e morì alle 11 p. m., trentadue ore dopo l'operazione.

Caso XI. *Idrope ovarico: inutile la puntura colla compressione: estirpazione: morte: autopsia.*

La Signora C., età 30. La gonfiezza aumentò gradatamente per quattro anni. Mestruazione regolare. L'esame mi guidò a conchiudere, che si trattava d'idrope ovarico uniloculare: io quindi raccomandai la puntura colla

MEDICAL SOCIETY OF LONDON
Established 1773
11, CHANDOS St. CAVENDISH Sq. W.

compressione; ed al 24 Gennajo 1856, punsi la grande cisti, e ne estrassi gran copia di fluido chiaro, color paglia, e non albuminoso. Scoprii quindi un'altra cisti al destro lato, proprio sotto il fegato. Questa fu da me punta, introducendo il trequarti per la stessa apertura, e ne ritrassi circa quattro pinte d'un fluido chiaro. Poscia scoprii una terza cisti nella pelvi, che non potei attaccare. Da ciò emerse l'evidenza, che la compressione non sarebbe stata di alcuna utilità, e che non rimaneva altro, che l'estirpazione. Dopo le debite riserve, l'ammalata acconsentì all'operazione.

7 Marzo 1856. Anestesiata col cloroforme, feci un'incisione nella linea mediana, lunga circa tre pollici, e diligentemente aprendo il peritoneo, scoprii la cisti. Insinuando la mano attorno il tumore, non trovai aderenze, e col mezzo d'un trequarti estrassi otto pinte di fluido. Afferrando la cisti, facilmente la tirai fuori, e legai il peduncolo in due porziori. Avendo escisa la massa, chiusi la ferita con quattro suture profonde, e due superficiali. Il peduncolo era rimesso nell'addome, e la legatura era tenuta fuori nel basso della incisione. Applicata tela bagnata, e bendaggio a più capi. Riavutasi del cloroforme, le fu amministrato l'oppio che venne ripetuto secondo il bisogno. Essa giammai sembrò riaversi dall'operazione, e gradatamente venne meno per la scossa subìta, e morì ad ora 1 p. m. del 9 Marzo.

Sezione, dopo 48 ore dalla morte. Gli intestini leggermente injettati, ma assai poca linfa effusa. Il colon era strettamente adeso al legamento largo. L'utero leggermente injettato. La legatura del peduncolo molto stretta. L'ovaja, che non fu rimossa, conteneva una grossa cisti, come anche un tumore vascolare molle, del volume d'un uovo, e probabilmente di carattere maligno. Nella cavità della pelvi eravi circa una pinta di fluido, composto di siero e di pus. La parte superiore del lobo sinistro del fegato era molto congestionata, e conteneva in un punto una piccola quantità di pus commisto a sangue. I reni normali.

Caso XII. *Idrope ovarico, durata due anni; ovariotomia: guarigione.*

L. P. maritata, senza figli. Tosto dopo il matrimonio, due anni fà, s'accorse d'un ingrossamento dell'addome, che continuò ad aumentarsi fino al Marzo 1858, quando ebbe un attacco di peritonite, dal quale presto guarì, ma soggiacque ad una ricaduta. Alla fine di Maggio, ebbe un terzo attacco. Dopo questo, io la vidi, e la trovai, che soffriva di grande debolezza, e delle conseguenze dell'infiammazione peritoneale. Le ordinai dei tonici, il chinino ed il ferro, che moltissimo migliorò la sua salute. Un esame ora mostrò grande gonfiore dell'addome, che evidentemente era l'effetto d'un idrope ovarico multiloculare. Sembrò aver delle aderenze anteriormente, ed al destro lato. Mestruazione irregolare. Dopo maturi riflessi, essa prescelse sottoporsi all'operazione dell'ovariotomia, ed era ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* al 12 Ottobre 1858. — Fu sottoposta per alcuni giorni ad un trattamento preparatorio, ed al 20 Ottobre veniva cloroformizzata. Feci un'incisione dall'ombelico al pube nella linea mediana, e gradatamente tagliai giù fino al peritoneo, che io quindi aprii, e scopersi la cisti, la quale afferrai con una pinzetta dentata, mediante un grosso trequarti, estrassi una grande quantità di fluido denso albuminoso. Introducendo la mia mano, e dolcemente facendola scorrere attorno la cisti, sciolsi le aderenze, che erano situate specialmente in basso al destro lato. Ve n'era una sola di qualche importanza, che lacerai. La massa di cisti era gradatamente vuotata, ed estratta dall'addome. Il peduncolo era lungo e sottile; veniva stretto con un *clamp*, e la massa cistica escisa. Il fluido, che era sfuggito nella cavità addominale, ne fu ritirato colle spugne, ed i margini della ferita riuniti colla sutura metallica di fil di ferro, passati all'intervallo di mezzo pollice. Il peduncolo era assicurato all'estremità inferiore della ferita, mediante il *clamp*. La ferita medesima fu coperta da tela bagnata, ed applicato attorno all'addome il bendaggio di flanella a più capi. Cessati gli effetti del cloroforme, ebbe un grano d'oppio, e fu ordinato fosse tenuta costante-

mente sotto la sua azione. L'operata progredì bene, ed al 24 Ottobre era rimessa la fasciatura, e la ferita fu trovata riunita di prima intenzione.

27 Ottobre. Rimosso il *clamp*, Guarì rapidamente.

Essa ora — nel 1861 — è in perfetta salute e mestruata regolarmente. Ad ogni epoca la pelle, proprio dove il peduncolo fu assicurato, si rompe, e v'è una escrezione vicaria, durante tutto il periodo: ma tostocchè è passato, la ferita si chiude di nuovo del tutto.

Caso XIII. *Idrope ovarico; sedici mesi di durata; ovariotomia; guarigione.*

A. P., 20 anni, nubile. Sui primi di Giugno 1857, s'accorse d'un leggiero gonfiore situato al lato destro, che nel primo mese s'accrebbe rapidamente, ma che dopo ebbe un periodo più lento. Sopraggiunsero spesse nausee e vomito, specialmente in sulla mattina. A differenti intervalli era in abbondanza espettorato del sangue, senza essere accompagnato da tosse. Varj piani di cura furono usati, ma senza alcun vantaggio. Il 2 Ottobre 1858, io l'esaminai, e la riscontrai sofferente da malattia ovarica multiloculare, e diagnosticai di poche aderenze. Lo stato suo generale essendo di molto alterato, la sottoposi ad una dieta generosa, e le amministrai chinino e ferro. La sua salute avendo di molto migliorato, acconsentì all'estirpazione.

25 Ottobre 1858. Avendola fatta cloroformizzare, feci una piccola incisione, di quattro pollici circa, nella linea mediana fra l'ombelico ed il pube, e diligentemente divisi i tessuti, fino a che giunsi al peritoneo. Questa membrana protrudeva per la quantità dell'effusione, che aveva avuto luogo nella sua cavità. Praticandovi un'apertura una grande quantità di fluido ne escì, ed immediatamente apparve un ammasso di cisti. Le punsi con un grosso trequarti, e vuotai quante cisti potei, ma non se ne potè estrarre, che piccola quantità di fluido. Le pareti della massa erano talmente molli, che si laceravano ad ogni più leggiera pressione. Io quindi era obbligato ad allargare l'apertura, e con qualche fatica fare escir fuori la massa. Strinsi con un *clamp* il peduncolo, che era sottile e mol-

le, e quindi escisi la massa cistica. Rimossi tutto il fluido, che era sfuggito nella cavità peritoneale, e contrapposi fra loro i margini della ferita con suture in filo di ferro. Il peduncolo era ritenuto all'inferiore estremità della ferita, lasciatovi il *clamp*. La ferita fu coperta da un pannolino bagnato, ed applicato attorno all'addome un bendaggio in flanella a più capi.

Cessati gli effetti del cloroformio, fu posta sotto l'azione dell'oppio.

La massa rimossa era composta di un'immensa agglomerazione di piccole cisti, senza che alcuna fossesi ingrossata più delle altre. Si divideva in pezzi sotto la più piccola pressione. L'operata progredì senza alcun sintomo sfavorevole. Il *clamp* fu rimosso al 30 Ottobre; ed in sei settimane essa era perfettamente guarita.

Caso XIV. *Malattia ovarica congenita: ovariotomia: morte: autopsia.*

La Signora N., età 21, nubile. Le notizie date dal suo Medico in Germania, sono le seguenti. » *La Signora N. accusò nel suo undecimo anno dolori allo stomaco, ricorrenti periodicamente, ed all'esame esterno non si riscontrava alcuna gonfiezza. Nella primavera del 1849 il dolore era assai forte, ed alla regione ipogastrica destra fu scoperto un tumore, che aveva una superficie ruvida ed ineguale, e non cambiava di posizione ne' varj movimenti del corpo. L'ineguaglianza del tumore gradatamente divenne meno percettibile, e fu manifesta la presenza del fluido. Nell'estate 1857 cadde, ed ebbe dopo dolori all'addome, che all'esame si mostrò più appianato, essendosi allargati i lati, e le pareti rese più molli, e meno distese. Dopo pochi giorni andò soggetta ad un profluvio di ventre, e la raccolta sierosa diminuì. La gonfiezza al destro lato era meno distinta di prima. Gradatamente si effusero delle acque nell'addome, e si dolse assai nella regione ipogastrica sinistra, dove la gonfiezza ed il dolore rimasero stazionarj.* » In aggiunta a ciò, io devo ricordare, ch'essa giammai fu mestruata, e che la sua salute generale era assai affranta.

Nell'Agosto 1858, essa recossi a Londra, per consultarmi. Trovai un grosso tumore ovarico multiloculare, più prominente al sinistro lato, che al destro. Riempiva l'addome, ed era mobile per certa estensione. Considerai, che l'estirpazione era la sola cosa profittevole. La paziente se ne andò per riflettervi, e non ritornò di nuovo che dopo sei mesi, quando il tumore era di molto cresciuto, e la sua salute generale peggiorata. Era in oggi molto ansiosa dell'operazione, e veniva perciò ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra.* All'esame vaginale, non si potè col dito sentire il tumore, e la bocca dell'utero era assai alta, come se l'utero fosse stirato insù dal tumore.

10 Febbrajo 1859. Fu cloroformizzata. Feci un'incisione dall'ombelico a due pollici dal pube, e diligentemente l'approfondai fino al peritoneo, che era quindi aperto per la stessa estensione. Il tumore allora fece mostra di sè, e spingendogli attorno la mia mano, scoprii l'assenza quasi completa d'aderenze. Punsi la cisti, ed attraverso la cannula colarono circa dieci pinte d'un fluido denso steatomatoso. Questo fluido era commisto ad una sostanza adiposa densa e collosa, che ostruiva la cannula. Ora tentai di estrarre il tumore, ma non riuscendovi, lo punsi una seconda volta, ed estrassi cinque pinte di più della stessa specie di fluido. Dacchè il tumore non poteva non ostante essere estratto, dilatai superiormente l'incisione di due pollici, e punsi un'altra cisti, ed allora riuscii a rimuovere la massa. V'erano tre punti d'adesione coll'omento, i quali venivano lacerati. Quando il tumore sortì attraverso l'incisione, trasse seco fuori l'utero, ed un esame mostrò, che l'utero ed il suo collo formavano due distinte e separate porzioni. Il *clamp* era stretto attorno al peduncolo, vicino alla cisti, e quest'ultima tagliata via. L'utero era rimesso nella sua propria posizione. I margini della ferita furono posti a reciproco contatto con suture in filo di ferro; il peduncolo portato all'estremità inferiore; ed il tutto coperto con pannolino bagnato; era anche applicato il bendaggio a più capi. Le furono prescritti due grani d'oppio, ed un grano ogni sei ore dopo. Il giorno appresso il polso era a 100. Dolori

a tratti nell'addome, il quale anche era timpanico. Alle 6 p. m., essa cadde improvvisamente in uno stato di colasso, e morì alle 10 20 p. m., circa, trenta ore dopo l'operazione.

Un esame ulteriore della massa estratta mostrò, contenere una grande quantità di capelli sciolti, misti ad una materia steatomatosa densa. I capelli erano anche sviluppati in varie proporzioni sopra tutta l'interna superficie della cisti, ed in alcune parti erano strettamente insieme ammassati. Nel centro della cisti vi era sviluppato un osso voluminoso, contenente molti denti perfetti.

Autopsia 17 ore dopo la morte. L'omento era di un colore molto scuro, inspessito, ed injettato. Il peritoneo parietale infiammato con macchie scarlatte fino a qualche distanza attorno l'incisione. Gli intestini tenui erano leggermente agglutinati assieme, specialmente al sinistro lato. L'insaccatura retto-vescicale era intensamente injettata, e conteneva un poco di siero sanguinolento, una piccola quantità di materia caseosa (contenuto della cisti rimossa) apparve sopra uno degli intestini. Il fegato era unito al diaframma mediante vecchie aderenze. I reni sani. Il cuore molto piccolo, ed al destro lato molto sottile (soltanto un'ottavo di pollice). I polmoni sani. La bocca dell'utero ammetteva una sonda di circa un pollice, e trovavasi nella sua normale posizione. Il collo dell'utero era situato a circa un pollice dal corpo, essendo ambidue fra loro connessi solo mercè una striscia membranosa impervia. Così l'utero giaceva solo nella pelvi non avendo diretta o continua communicazione colla bocca stessa, eccettuata quella striscia membranosa. Le mammelle erano bene sviluppate.

Caso XV. *Idrope ovarico, della durata di quattro anni: ovariotomia: morte: autopsia.*

La Signora D., età 35, ebbe quattro figli, l'ultimo nato nel 1853. Dopo l'ultimo parto fu malata per lungo tempo per un dolore alla parte inferiore dell'addome. Quattro anni fa apparve un tumore al destro lato della regione ipogastrica. Essa fu soggetta a varie cure, ma l'addome crebbe di volume, e la puntura fu praticata

nell'Agosto 1858. La paracentesi era ripetuta dopo sei mesi, e di nuovo al 4 Novembre, 10 Dicembre, e 18 Gennajo 1859. Nel Febbrajo del 1859 stesso, fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra.* Era evidente, che l'estirpazione le offriva la sola probabilità possibile di guarigione, e questa anche era più remota del solito, perchè, come fui assicurato, essa era stata una forte bevitrice. Si decise pertanto di sottoporsi all'operazione: e vi fu preparata coi tonici, bagni caldi, e blandi aperienti. Al 24 Febbrajo, io l'operai. Era posta sotto l'azione del cloroforme, e feci un'incisione lunga circa sette pollici fra l'ombelico ed il pube, e diligentemente l'approfondai fino al peritoneo, che quindi aprii e diedi escita a 45 pinte di fluido. In allora mostrossi la cisti, ed io vi passai attorno la mano. Non trovai che poche aderenze, però molto grosse e resistenti — una specialmente, che passava sul margine del fegato —. Punsi la cisti, e ne feci escire parecchie pinte di fluido, ed allora facilmente estrassi tutta la massa fuori dell'addome. Lacerai le più piccole aderenze, ma quella che si estendeva al fegato, ed una delle altre, erano così grosse, e contenevano vasi talmente sviluppati, che prima di dividerle, le strinsi con un cordoncino di refe. Il *clamp* era allora stretto sul peduncolo, e la massa tagliata via. Estrassi quindi con una spugna il fluido effuso nell'addome, e chiusi l'apertura con suture in filo di ferro, il peduncolo essendo ritenuto all'estremità inferiore dell'incisione. Il tutto era allora coperto con pannolino bagnato, ed applicato, il bendaggio a più capi. L'oppio fu dato come al solito.

Al 26 di Febbrajo, ebbe del vomito, ed il suo aspetto era sfavorevole.

Al 27 detto, il vomito fu incessante, ed era quasi senza polso. Il treno di sintomi sinistri continuò, ed al 1 di Marzo vomitò della materia, che era pura bile. Nel restante della giornata ebbe un forte delirio. Essa si prostrò gradatamente, e morì alle 4 45 a. m. del 2 Marzo; sei giorni dopo l'operazione.

Autopsia dodici ore dopo la morte. Aveva avuto luogo una solida adesione della ferita. Il peritoneo era molto

infiammato; erasi effusa una buona quantità di linfa, e gli intestini trovavansi assieme agglutinati. Le legature che furono rimesse in cavità, erano circondate da solida effusione. Il fegato era molto pallido, e talmente molle nella sua tessitura, da lacerarsi sotto la più piccola pressione. I reni ingrossati e congestionati. La mestruazione stava per apparire. I vasi del peduncolo erano perfettamente obbliterati dal *clamp*, ed un'injezione di acqua non potè essere spinta per essi.

Caso XVI. *Idrope ovarico in ambedue le ovaje, durata cinque anni: estirpazione di ambedue nella stessa operazione: guarigione.*

La Signora W. età 45, maritata, due figli. L'istoria, che ne ricevei, era in breve come seguita: » *Cinque anni, fa essa ebbe un largo indurimento anulare d'un colore bruno-scuro ad una pinna del naso. Questo era seguito da una gonfiezza bernoccoluta situata profondamente dietro la clavicola sinistra, sembrando un osteo-sarcoma. Questo tosto si dissipò sotto una cura. Subito dopo, essa soffrì di sintomi denotanti campressione nell' insaccatura retto vaginale; un esame pel retto mostrò una massa dura e nodosa, che era sensibile al tatto, e che poteva anche essere sentita per la vagina, ed era situata alla sua parte superiore-posteriore, dietro l' utero. Da ciò anche era sollevata, mediante un trattamento curativo, ma tosto dopo l'addome cominciò a gonfiarsi. Quattro anni fa essa venne punta, e n'era estratto un secchio di fluido albuminoso color paglia. Quattordici settimane dopo, l'operazione venne ripetuta; fino ad un anno fa, essa fu punta, ad intervalli di tre o quattro mesi, e dopo non più di sette od otto settimane passarono fra le operazioni. Per ultimo, dopochè l'addome divenne più rapidamente disteso, vi fu marcata emaciazione, e diminuzione di vitalità. L'orina non fu mai albuminosa.* »

Io la vidi nel Febbrajo 1859, e la trovai desiderosa di sottoporsi a qualsiasi operazione, che le potesse offrire la più remota probabilità di guarigione. Pertanto debitamente preparata, mi determinai all'estirpazione.

Al 25 Febbrajo 1860. Cloroformizzata, feci un'incisione di circa sei pollici, e divisi i tessuti fino al peritoneo, il quale era quindi aperto, ed estrattene alcune pinte di fluido. Allora una sostanza rassomigliante ad un grosso cavolfiore si presentò, il che diede a divedere essere un tumore attaccato ad una grossa massa di cisti della destra ovaja. Non vi erano che poche deboli aderenze, che facilmente si ruppero, ed io spinsi fuori la massa attraverso la ferita. Il peduncolo era breve, ed essendo stretto dal *clamp*, la massa cistica fu escisa. Ciò essendo fatto, un'altra massa del volume d'una testa di fanciullo si rese visibile nel sinistro lato dell'addome. Trovai essere una massa di cisti attaccata alla sinistra ovaja, la quale era così fortemente adesa, che non potei smuoverla. Un esame diligente mostrò che questo non dipendeva da ordinarie aderenze, ma apparve, come se la massa fosse interamente circondata da uno strato della fascia pelvica. Con molta pena mi adoperai d'insinuare la mia mano fra le pareti cistiche, e così riuscii a snucleare la massa, lacerando ripetutamente le cisti, contenenti ciascuna del fluido di differente colore e densità. In tre luoghi l'unione era così completa, ed intima, che io era obbligato servirmi dell'*écraseur* per dividere porzione di aderenze. Era dopo ciò in grado di estrarre la massa, e passare attorno al peduncolo un robusto spago, e conducendolo vicino al *clamp* di già aggiustato al destro peduncolo, lo legai ad una delle sue branche. Colle spugne ritirai tutto il fluido dall'addome, e quindi chiusi la ferita con suture in filo di ferro; ritenni il *clamp* con i due peduncoli all'estremità inferiore dell'incisione. Eravi sovrapposta della tela bagnata, ed applicato il bendaggio a più capi. Da questo tempo essa progredì favorevolmente. Il *clamp* fu rimosso al settimo giorno. All'undecimo gli intestini erano vuotati con un clistere; ed al quattordicesimo era posta sopra un sofà. Essa ora trovasi perfettamente bene.

Caso XVII. *Idrope ovarico, durata due anni: ovariotomia: morte: autopsia.*

La Signora D., età 35, nubile; per alcuni anni soffrì d'incomodi nella digestione. Durante gli ultimi due di-

magrì molto verso il collo e le spalle, ed allo stesso tempo le s'ingrossò progressivamente l'addome. V'è ora fluttuazione indistinta, ed un senso d'ineguaglianza lobulata denotante un idrope ovarico multiloculare.

29 Marzo 1859. Introdussi un assai sottile trequarti, come un ago esploratore, ed estrassi una piccola quantità di fluido denso, e grandemente albuminoso. Poche ore dopo ciò, essa patì di vomito e di deliqui, che facilmente furono superati. Dopo avere considerati tutti i fatti, la paziente acconsentì all'operazione dell'ovariotomia, che mi determinai di praticare dopo la dovuta preparazione.

Aprile 1859. Fu anestesiata col cloroforme, ed io feci un'incisione di circa cinque pollici fra l'ombelico ed il pube. Quando il peritoneo fu diviso, ne escì una buona quantità di fluido ascitico. La cisti allora presentatasi, la punsi con un trequarti, e ne estrassi quanto più fluido potei. Quindi incontrai aderenze molto robuste al colon, ed alla vescica, e provai una grande difficoltà nel dividerle, ma con manovre sufficienti potei finalmente riuscire ad estrarre il tumore fuori dell'addome. Il peduncolo era molto breve e grosso, e stretto dal *clamp* fu ritenuto all'estremità inferiore dell'incisione. La ferita era riunita con suture in filo di ferro, applicato il pannolino bagnato, e sopra ogni cosa, il bendaggio a più capi.

Durante le prime 24 ore, essa rimase assai depressa, con un polso molto fuggevole. Dopo ciò l'addome si fece timpanitico, ed il polso assai celere. Tutti i sintomi di violenta peritonite si manifestarono, ed essa morì 52 ore dopo l'operazione.

Autopsia, diciott' ore dopo la morte. Il peritoneo era molto injettato, e linfa effusa sopra varie porzioni d'intestini, che le agglutinavano assieme. L'insaccatura retto-vaginale era grandemente injettata, e conteneva una discreta quantità di siero sanguinolento. Gli altri organi non esaminati.

Caso XVIII. *Idrope ovarico, tre anni di durata: ovariotomia: morte.*

La Signora F., età 27, nubile, tre anni or sono s'accorse che l'addome era più voluminoso del solito. Grada-

tamente desso continuò ad accrescersi, ed ebbe parecchi attacchi gravi di peritonite. Essa s'indebolì grandemente e fu necessario sottoporla all'uso del ferro, e di una dieta generosa per alcuni mesi innanzi, che fosse in istato di farsi operare.

10 Maggio 1859. Cloroformizzata, feci un'incisione lunga circa quattro pollici, nella solita posizione, ed aprii la cavità del peritoneo. La massa cistica quindi si presentò, e tre cisti erano successivamente punte con un trequarti, e quindi la massa fu facilmente estratta fuori, essendone assai deboli le aderenze. Il peduncolo era assicurato col *clamp*, e ritenuto all'estremità inferiore della ferita, la quale era poscia riunita con suture in filo di ferro; applicato sull'incisione un pannolino bagnato; ed attorno l'addome un bendaggio a più capi.

Essa procedè bene fino al sesto giorno, quando si stabilì una diarrea, e morì d'esaurimento al settimo giorno.

Caso XIX. *Idrope ovarico, durata quattro anni: ovariotomia: morte.*

La Signora M. età 32 anni, nubile. Quattro anni fa, sotto una mestruazione più profusa del normale, fece una grande cavalcata, e subito dopo risentì del dolore al destro lato. In breve anche si accorse di un ingrossamento del ventre, che gradatamente aumentò, ed era accompagnato da dimagrimento, specialmente verso le spalle. Dopo qualche tempo, essa consultò il Sig. J. Clark, che lo giudicò un idrope ovarico multiloculare, e sopra tutto un caso favorevole all'estirpazione. Egli per questo me la raccomandò. Dopo la dovuta preparazione, procedei ad operarla l'8 Luglio 1859. Fu assoggettata al cloroformio, ed io feci un'incisione di circa quattro pollici, lungo la linea mediana, e diligentemente incisi i tessuti fino al peritoneo, che quindi aprii. La cisti si presentò, e girando la mano attorno ad essa, trovai solo alcune poche aderenze fra il lembo dell'omento, e la parte superiore del tumore. La cisti veniva punta con un trequarti, e la massa quindi facilmente estratta dall'addome. Il *clamp* era stretto attorno al peduncolo, e la massa escisa. Ebbe luogo una piccola emorragia da una striscia di aderenza, ma

venne fermata esportando la porzione sanguinante coll'*écraseur*. L'apertura era quindi riunita con la sutura in fili di ferro, il peduncolo portato all'estremità inferiore dell'incisione, della tela soprappostavi, ed applicato attorno all'addome il bendaggio a più capi. — Le fu ordinata una supposta di grani due d'oppio, sopraggiungendo del dolore. Essa tosto si riebbe dagli effetti del cloroformio, ma fu travagliata da violento vomito, che continuò in onta a tutti i rimedj. — All' 11 Luglio, eravi timpanite, e nel giorno successivo un poco di febbre con a quando a quando del delirio. La mestruazione apparve al 13 detto. — Al 15 v'era forte dolore alla spalla destra, che si mostrò tumefatta ed edematosa. Nel giorno appresso dolore e gonfiezza dello stesso carattere apparvero al ginocchio sinistro. — Essa gradatamente si stremò nelle forze, e morì alle 2 p. m. del 17 Luglio.

Caso XX. *Idrope ovarico, durata tre anni: ovariotomia: morte: autopsia.*

La Signora W., età 32, maritata, tre anni innanzi partorì il suo primo figlio, dopo un travaglio felice. Quando ne fu escita, disse che si trovava molto grossa, e che aveva alcuni » *massi* » ad un lato dell'addome. L'ingrossamento continuò lentamente fino all'anno scorso, in cui progredì più rapidamente. Al 25 Marzo 1859, era praticata la paracentesi, ed estratte trentadue pinte d'un fluido albuminoso, color paglia. Vi rimase nonostante un tumore del volume d'un grosso pugno al lato destro. L'addome aumentò di nuovo gradatamente, ed essa deperì assai in nutrizione. La mestruazione fu normale fino ad Aprile scorso, da quel tempo ebbe una perdita costante, e qualche volta profusa, d'un fluido sanguinolento.

Prima di vedermi, essa si era del tutto determinata di sottoporsi all'operazione, per cui dopo la debita preparazione l'operai.

19 Luglio 1859. Essendo cloroformizzata, feci nella linea mediana un'incisione di sei pollici, e gradatamente l'approfondai fino ad aprire la cavità dell'addome. Ne escì buona quantità di fluido, e la cisti si presentò; una ad una lacerai le aderenze che erano molto robuste; e

quindi punsi la grossa cisti, poi una seconda più piccola, e tutta la massa fu gradatamente estratta. Il *clamp* venne facilmente fissato sul peduncolo, che era lungo e sottile, e rimossa la massa cistica. L'esame poscia mostrò, che alcune delle rotte aderenze davano sangue abbondantemente, quindi io trovai due vasi, che era obbligato di legare con un cordoncino. L'incisione era riunita mediante sutura in filo di ferro, essendone il peduncolo ritenuto all'estremità inferiore, e le due legature applicate ai vasi all'estremità superiore; il pannolino bagnato fu soprapposto, ed applicato attorno all'addome il bendaggio a più capi.

Essa tosto si riebbe dal cloroformio, e quindi le furono propinate in clistere venticinque goccie di tintura d'oppio. Nella sera sopraggiunse forte dolore bruciante agli intestini, e fu applicato sull'addome un largo cataplasma di linsemee. Nella susseguente mattina accusava molte flatulenze, ed un punto al destro lato molto sensibile alla pressione. La peritonite rapidissimamente aumentò, ed essa morì alle 4. 15 p. m.

Autopsia, ventidue ore dopo la morte. Vi era una considerevole effusione nella cavità del peritoneo. In alcuni punti erano visibili le traccie delle aderenze, che furono lacerate, specialmente al legamento rotondo del fegato. Il peritoneo parietale era molto injettato, e grandemente infiammato: quello però che cuopre gl'intestini era normale. Il *clamp* fu applicato a due pollici dall'utero, e non eravi infiammazione a questo viscere. Il destro rene ere leggermente alterato per degenerazione adiposa. Il sinistro normale; il fegato pallido ed esangue, piuttosto molle; cuore piccolo, molto flacido, e molle.

Caso XXI. *Idrope ovarico, tre mesi di durata: ovariotomia: guarigione.*

E. N., età 25 nubile, fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra,* il 1 Novembre 1859. Aumentò alquanto in volume per qualche poco di tempo, ma non lo rimarcò visibilmente, che fino a sei settimane fa, quand'essa ebbe un assai forte dolore in basso al sinistro lato dell'addome, e profondamente nella pelvi. In pochi giorni il do-

lore divenne egualmente forte al destro lato, ed essa rapidamente s'ingrossò. Nello stesso tempo tutto l'addome era molto sensibile.

3 Novembre. Feci una piccola puntura esplorativa nella linea semilunare destra, ed ottenendone un fluido albuminoso denso, immediatamente punsi la cisti attraverso la vagina e ne estrassi cinque pinte d'un fluido scuro e denso. Vi rimase nonpertanto di dietro una massa di cisti più piccole, in tutto eguali al volume della testa d'un feto. Essa fu assoggettata ai tonici, con un vitto blando e nutriente, e migliorò assai nella salute generale. La cisti però cominciò tosto a riempirsi di nuovo. Dopo molte riflessioni, si decise sottoporsi all' operazione dell' estirpazione.

5 Decembre 1859. Posta sotto l'influenza del cloroformio, feci un'incisione lunga quattro pollici, e diligentemente dividendo le parti, aprii il peritoneo, ed il tumore si presentò da sè. Le aderenze erano leggiere, e facilmente lacerabili. Punsi quindi la cisti, e ne estrassi quanto fluido potei. Afferrando il tumore, e pungendo successivamente diverse piccole cisti, per diminuirne il volume, lo estrassi. Il peduncolo era breve e grosso: il *clamp* fu stretto attorno di esso, ed il tumore separato. L'utero, che si era rovesciato col tumore, fu riposto nella sua normale posizione. I margini della ferita riuniti mediante filo di ferro. Il peduncolo ritenuto all'estremità inferiore dell'incisione: il tutto coperto con pannolino bagnato, ed applicato strettamente il bendaggio a più capi. Quando si ebbe riavuta dal cloroformio, le furono dati quattro grani d'oppio. Due ore dopo, sopraggiunse forte dolore all'addome; polso a 100, forte e ristretto. Salasso di oncie dodici, e prese cinque grani di calomelano con due d'oppio. Essa ora procede bene, ed il *clamp* fu rimosso il giorno 8. Il 12, le labbra della ferita si presentarono suppuranti, e vi fu quindi applicato un empiastro. Il 16 sopraggiunse del dolore alla pelvi, accompagnato da smania. Però il dolore era del tutto alleviato da uno scarico subitaneo di una pinta di pus dalla vagina, avvenuto il 17. Dopo ciò, essa si ristabilì rapidamente.

Caso XXII. *Idrope ovarico, durata nove mesi: ovariotomia: guarigione.*

J. B. età 18, nel Giugno del passato anno s'accorse per la prima volta di una piccola gonfiezza al lato destro dell'addome, susseguita da un attacco di peritonite. Dopo ciò s'ingrossò rapidamente nelle dimensioni del ventre e molto dimagrì verso le spalle. Essa si sottopose a varj trattamenti senza vantaggio, e nel Febbrajo 1860, supplicò per l'ammissione nella *Casa Chirurgica di Londra.* Io l'esaminai, e la trovai sofferente per una malattia ovarica multiloculare di rapido aumento. Acconsentì di essere sottoposta all'estirpazione. Dopo la dovuta preparazione, al 22 Marzo 1850, fu assoggettata all'azione del cloroformio, ed io le feci un'incisione di circa cinque pollici nella linea mediana, e diligentemente aprendo la cavità peritoneale, misi allo scoperto la cisti. Le aderenze erano molto leggieri. Punsi la cisti con un trequarti, e quindi senza molta difficoltà, la estrassi dall'addome. Il peduncolo fu momentaneamente assicurato col *clamp*, e la massa escisa. Quindi soddisfatto, che non vi era emorragia, passai attorno al peduncolo una legatura con doppio cordoncino, lo legai strettamente, e quindi rimuovendo il *clamp* lasciai che il peduncolo ritornasse nell'addome. I margini dell'incisione erano riuniti con suture in filo di ferro, la legatura del peduncolo essendo ritenuta all'estremità inferiore, coperto il tutto con pannolino bagnato, ed applicato strettamente attorno all'addome il bendaggio a più capi.

Dopo l'operazione l'oppio fu amministrato per la via del retto e così spesso, quanto fu necessario. Essa progredì senza alcun sintomo sfavorevole. Al 28 era procurata un'evacuazione alvina; le suture erano rimosse il 31; e la legatura del peduncolo cadde al 5 Aprile. Un piccolo ascesso si formò nel tramite di una delle suture, il quale cagionò un poco d'incomodo, però essa lasciò la *Casa* il 17 Maggio, perfettamente guarita.

Caso XXIII. *Idrope ovarico d'alcuni anni di durata: ovariotomia: morte.*

La Signora B., età 35, maritata, soffrì per alcuni anni d'ingrossamento all'addome, ed ultimamente fu punta ad

intervalli diminuenti gradatamente. Essa s'era grandemente dimagrita, ed erasi fatto molto cattivo lo stato suo generale. L'operazione dell'estirpazione le fu raccomandata alcuni mesi prima che venisse a consultarmi, ed in quel tempo dicevasi essere favorevole ad essa. Io anche gliene consigliai l'esecuzione; ma essa la differì per alcuni mesi: quando finalmente vi si acconciò, era in assai minore favorevole condizione, ed il suo stato generale molto e profondamente alterato.

Aprile 1860. Cloroformizzata, feci un'incisione nella linea mediana, estendendosi dall'ombelico a due pollici dal pube, e gradatamente incidendo aprii la cavità peritoneale. Una moderata quantità di fluido ascitico ne sgorgò, e la cisti si mostrò da sè. Scorrendo la mia mano su d'essa mi assicurai che le aderenze erano deboli, ma che quelle nella pelvi erano molto forti. Vuotai la cisti per quanto potei con un grosso trequarti, e quindi distruggendo le aderenze, estrassi la massa. Il peduncolo che era discretamente grosso fu assicurato temporaneamente con un *clamp*, e rimossi il tumore. Dopo, assicuratomi che non vi era emorragia di qualche conseguenza passai una legatura con doppio cordoncino attorno al peduncolo, e lo legai strettamente; quindi rimuovendo il *clamp* lasciai che il peduncolo ritornasse in cavità. L'incisione fu riunita con suture in filo di ferro, essendo la legatura ritenuta all'estremità inferiore. Furono applicati il pannolino bagnato, ed il bendaggio a più capi.

Essa tosto si riebbe dal cloroforme, e per 24 ore sembrò proceder bene, ma dopo rapidamente si prostrò, e morì al secondo giorno manifestamente per esaurimento.

Caso XXIV. *Idrope ovarico, durata due anni: ovariotomia: morte: autopsia.*

La signora P. età 43, maritata senza figli, godè discreta salute fino al Settembre 1858, quando essa fu presa da un forte dolore al lato sinistro della parte inferiore dell'addome. Non fu questo alleviato dai rimedj, ed era susseguito da graduale ingrossamento. La mestruazione divenne irregolare nelle sue ricorrenze, ma moderata in quantità. Essa s'ingrossò tanto da richiedere la paracen-

tesi nel Settembre 1859, ed erano allora estratti tre galloni di fluido. Si riempì di nuovo in 10 settimane, e tornava ad essere punta. Di nuovo in 6 settimane, quindi in 8, successivamente pure in 8, ed in 5 settimane. Essa fu punta 6 settimane fa, ed ora misura 57 pollici in circonferenza. L'emaciazione è estrema, e molto breve il respiro. Le probabilità presentate dall'estirpazione erano molto remote, ma essa si risolse di sottoporvisi.

Il 17 Luglio 1860. Essendo posta sotto l'influenza del cloroforme feci un'incisione di sei pollici fra l'ombelico ed il pube, e tagliando giù fino al peritoneo, lo aprii, e misi allo scoperto la cisti, che punsi, e ne estrassi grande quantità di fluido. Rimaneva una massa di cisti, le quali nonostante ripetute punzioni non diminuirono di volume. Era quindi obbligato di dilatare l'incisione superiormente. Trovai aderenze molto salde all'omento, ed alla pelvi, nonostante riuscii a lacerarle, e quindi con qualche difficoltà, a motivo del suo volume, estrassi la massa. Il peduncolo era lungo e sottile; applicai il *clamp* e quindi rimossi il tumore; successivamente assicurai il peduncolo con una legatura di doppio cordoncino di canapa indiana. Rimossi i coaguli dalla cavità peritoneale. Le aderenze omentali davano sangue in tanta abbondanza, che era obbligato a legarle in diverse porzioni. Avendo ora chiusa l'incisione colle suture in filo di ferro, portai all'estremità superiore le legature che circondavano la massa omentale, e la legatura del peduncolo all'estremità inferiore, quindi vi posi sopra della tela bagnata, e sopra il tutto un bendaggio a più capi.

Essa si riebbe dal cloroforme, ma morì in 22 ore, manifestamente per la scossa, ed esaurimento.

Autopsia, 16 ore dopo la morte. All'apertura dell'addome vi erano pochi coaguli di sangue, ma molto piccoli, e quelli soltanto che probabilmente erano rimasti in cavità dopo l'operazione. Non vi erano indizi d'infiammazione. Il fegato era pallido e molle; il cuore flacido, e le sue pareti sottili.

Caso XXV. *Idrope ovarico, durata quattro anni: ovariotomia: guarigione.*

La Signora B. età 31, maritata, con un figlio, fu ammessa nella *Casa Chirur. di Londra* al 15 Ottobre 1860. Quattro anni fa, essa scoprì una gonfiezza al destro lato dell'addome, che assai lentamente aumentò fino alla primavera passata; e da quel periodo si fece più grossa rapidamente. La salute generale non alterata. L'esame mostrò una cisti ovarica multiloculare, con della materia solida profondamente nell'addome. Essendomi determinato di eseguire l'operazione dell'estirpazione, essa fu sottoposta ad una cura preparatoria.

1 Novembre 1860. Assoggettata al cloroforme, feci un incisione di circa quattro pollici, e diligentemente aprendo il peritoneo, misi allo scoperto la cisti. Passando la mia mano attorno alla medesima la trovai aderente solo al destro lato. La punsi col trequarti, e ne trassi fuori quattordici pinte di fluido denso e scuro. Con un ulteriore esame delle aderenze, mi risultò essere molto robuste al destro lato del corpo dell'utero, alla destra tromba faloppiana, ed alla parte superiore dell'utero. V'era di più un'espansione larga otto pollici, e molto robusta, la quale discendeva profondamente nella pelvi, essendo attaccata al fondo della vescica, ed apparentemente continua colla fascia superficiale della fossa iliaca destra. Era in abbondanza fornita di vasi sanguiferi, e conteneva parecchie piccole cisti. Legai una porzione di questa espansione tanto in basso nella pelvi, che mi fu possibile, e la divisi coll'*écraseur*. Quindi applicai il *clamp* al rimanente, e lo separai col coltello. Nel lacerare le aderenze fra la cisti e l'utero, fu leggermente distaccata la tromba faloppiana alla sua unione col corpo del viscere, e diede tanto sangue, che fui obbligato di riunirli con due suture in filo d'argento, che tagliai d'appresso, ed abbandonai. Allora legai il vero peduncolo con tre cordoncini, e separai il tumore. Durante tutto questo tempo i vasi della cisti davano sangue così copiosamente, che dovetti legare essi pure, il che ritardò di molto l'operazione. Portai a contatto i margini della ferita con suture in filo

di ferro, abbandonando il peduncolo all'interno, e conducendo fuori la parte di aderenze stretta dal *clamp*. Io quindi coprii il tutto con tela bagnata, ed applicai attorno all'addome il bendaggio a più capi.

Non ebbe dopo sintomi sfavorevoli. Al 4 Novembre, distaccai il *clamp* colle forbici dai tessuti sottoposti. La legatura del peduncolo si staccò l'11 Novembre, e lasciò la *Casa* il 10 Decembre perfettamente ristabilita.

Caso XXVI. *Idrope ovarico multiloculare: estirpazione: guarigione.*

N. L. età 48, nubile, ammessa il 10 Ottobre 1860, nella *Casa Chirurgica di Londra*. Circa 10 mesi fa essa soffrì d'affanno, e di tosse forte accompagnata da gonfiezza dell'addome. Nel Febbrajo 1860, per la prima volta, s'accorse di un tumoretto al destro lato, del volume circa di una nocciuola, che d'allora aumentò di volume. Fu sottoposta ad una cura per ingrossamento di fegato, e per dispnea. All'esame la trovai molto lurida, con tutte le apparenze di un'inferma di malattia maligna. Potei sentire un grosso tumore ovarico multiloculare nell'addome. Le fu ordinato di prendere piccole dosi di bi-cloruro di mercurio colla china, tre volte al giorno e di quando in quando degli aperienti. Sotto questo trattamento, che fu continuato per 10 settimane, essa gradatamente perdè il suo colore malsano, e guadagnò in nutrizione, e robustezza, e tanto che in un consulto co' miei colleghi, era stabilito essere un caso addatto all'operazione. Pertanto il 27 Decembre, la paziente essendo cloroformizzata, feci un'incisione nella linea mediana, della lunghezza di circa quattro pollici, ed esposi il tumore, attorno a cui passai la mia mano, e trovai che non vi erano aderenze. Estrassi quindi otto pinte di un fluido tenue e verdastro. Il tumore era allora portato fuori, ed il *clamp* applicato su di esso, proprio alla sua unione col peduncolo, il quale era molto breve. Vi fu una piccola cisti lasciata, la quale non era abbracciata dal *clamp*, ma che fu portata fuori dalla ferita, ed allacciata alle suture in filo di ferro. La paziente era in uno stato molto soddisfacente dopo l'operazione, e continuò egualmente; al 30 detto rimossi il

clamp. Vi fu una leggiera emorragia da una piccola arteria, alla quale applicai il cauterio attuale. La piccola cisti peduncolata, e parte della più grande, lasciata fuori, non si separò in una settimana: io quindi rimossi tutta la massa coll'*écraseur*; e la paziente si ristabilì rapidamente, lasciando lo stabilimento cinque settimane dopo l'operazione in buona salute.

Caso XXVII. *Idrope ovarico multiloculare: estirpazione: morte.*

M. M., età 40, nubile, ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 7 Decembre 1860. Essa godè sempre di buona salute, fino a due anni fa, quando cominciò a dimagrirsi, e ad indebolirsi, e sentì un dolore al suo destro lato, ove fu scoperta un'assai piccola gonfiezza, che rapidamente aumentò di volume, e continuò così fino circa ad un anno fa, quando fu punta per la prima volta, ed estratte ventotto pinte d'un fluido scuro. Da allora, essa fu punta quattro volte, aumentando la quantità del fluido; e l'ultima volta, sei settimane fa, vi erano ventotto pinte di un fluido d'un colore più chiaro. Esaminandola, riscontrai un'immensa cisti ovarica, estendentesi per tutto l'addome, e spingente in alto il diaframma. Il suo ventre misurava, sopra l'ombelico, pollici 51 $^1/_2$. L'11 Decembre, la punsi, e ne estrassi quarantaquattro pinte d'un fluido in colore rassomigliante ad albumina pura, ed era così denso che colava nel catino, come triaca. Dopo la puntura, potei sentire un tumore solido voluminoso al destro lato, in apparenza molto aderente nella linea centrale dell'addome. Il ventre allora misurava solo trentotto pollici. Fu ordinato all'inferma l'acciajo, ed una dieta generosa.

27 Decembre. La paziente posta sotto l'azione del cloroforme, feci un'incisione nella linea mediana di circa sei pollici, la quale a motivo delle aderenze, si approfondò direttamente nel tumore, e ne escirono ventidue pinte d'un fluido denso albuminoso, tinto di sangue. Passandovi attorno la mia mano, rinvenni, che vi erano aderenze in vari luoghi, le quali io distrussi. Oltre alla grande cisti, dalla quale escì il fluido, v'erano alcune masse di

sostanza apparentemente solida, irregolari in volume e forma, tutte però attaccate ad un peduncolo, che era abbracciato da un *clamp*, ed il tumore esciso col coltello. Le parti, dove vi erano le aderenze davano sangue, ma nulla fu fatto per arrestarlo, dacchè la superficie era troppo larga per la legatura. Fu giudicato, che il sanguinare non sarebbe giunto ad un grado allarmante, e quindi i margini della ferita furono riuniti con suture in filo di ferro; il *clamp*, con il peduncolo della destra ovaja, fu lasciato al di fuori. Dopo l'operazione ebbe molto vomito, che le continuò per alcune ore. Il tumore pesava libbre 4 e oncie 6, senza calcolare il fluido estratto; ed oltre alla grande cisti, era costituito di parecchie grosse masse irregolari di sostanza manifestamente solida, che incisa nella sua spessezza, rassomigliava ad un alveare, ed anche meglio ad un cancro colloide; esso però consisteva d'innumerevoli piccole cisti, una dentro all'altra, alcune contenenti un fluido scuro come sanguinolento, altre un fluido scolorato come pura albumina. — 10 p. m. Molto tranquilla; polso a 90. Continuò il vomito, senza che nulla riuscisse a fermarlo; e sopraggiunsero sintomi di profonda peritonite. Al 29, improvvisamente si prostrò nelle forze, e morì.

Autopsia. Per tutta l'estensione dell'addome v'erano traccie di peritonite con grande quantità di linfa recentemente effusa. I reni all'incirca del volume normale, però in essi v'erano traccie di pus. Eranvi parecchi grossi grumi di sangue fra gli intestini, che sembrò essere sortito dalle parti di pareti addominali, dalle quali rimarcossi dell'emorragia durante l'operazione. Il cuore era sano; il polmone destro molto ingorgato, il sinistro sano; il fegato era ingrossato, ed alterato per degenerazione grassosa; la milza parimente ingrossata. Il cervello non esaminato.

Questo fu uno di quei casi, ove il contenuto delle cisti, come lo mostrò l'analisi, consisteva di albumina quasi pura. Questi casi, secondo il mio parere, sono i più compromettenti una cura; e questo in qualche modo, ne sono sicuro, è dovuto ai cattivi effetti di così grande piog-

gia di albumina dal sangue. Dietro la mia esperienza, un termine fatale seguirà quasi sempre.

Caso XXVIII. *Idrope ovarico; ovariotomia: guarigione.*

La Sig. W., età 48 anni; ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra*, al 1 Febbrajo 1861. Sempre godè di buona salute fino circa ad un anno fa, quando essa cominciò a soffrire di spasimo nell'addome. Nel Marzo 1860, per la prima volta s'accorse d'una gonfiezza nella parte inferiore dell'addome, e questa andò successivamente aumentandosi, però cagionandole poco dolore. La mestruazione non si presentò dal Settembre passato: prima di quest'epoca fu sempre regolare. Consultò il Sig. C. Locock per due volte, e quel distinto medico diagnosticò d'*idrope ovarico*, e me la diresse perchè eseguissi l'operazione dell'estirpazione.

All'esame, riconobbi l'esistenza d'un tumore ovarico multiloculare, ed in aggiunta la presenza di considerevole fluido ascitico. Il 2 Marzo 1861, prima di cominciare l'operazione, fu amministrata per inalamento un'assai piccola quantità di cloroforme, ma dacchè il polso si fece oltremodo basso, si desistè, ed essa rimase a metà *compos sui* durante il processo successivo. Un'incisione fu prima fatta nella linea mediana, di circa due pollici, ed escì una quantità di fluido ascitico dalla cavità peritoneale, unitamente a poche cisti idatiformi, trasparenti, a lungo stelo, attaccate ai tumori ovarici. Essendo dilatata l'incisione addominale, era introdotta la mano, ed incontrata una congerie di cisti, formante due masse principali, oltre ad una grossa cisti attaccata all'ovaja destra. La grossa cisti fu punta con un trequarti, e vuotata del suo contenuto grandemente albuminoso. Un'ulteriore dilatazione dell'incisione fu necessaria per il grande volume della cisti colle aderentivi masse supplementari di tumori più piccoli, uno dei quali giaceva piuttosto al sinistro lato, e l'altro profondamente nella pelvi. Alla rimozione della massa morbosa, gli intestini erano inevitabilmente molto esposti. Il peduncolo era lungo più del solito, e molto sottile: fu stretto dal *clamp*, ed il tumore separato. Ora un ulteriore esame mostrò l'esistenza anche d'un tumore

fibroso duro e rotondo, del volume d'un grosso uovo di gallina, attaccato, mediante un peduncolo, alla sinistra ovaja, che trapassai con un ago armato di doppia legatura di canapa indiana, e legando strettamente ciascuna di queste metà, tagliai via il tumore. Gli intestini erano diligentemente riposti. L'incisione addominale era in seguito chiusa con suture in filo di argento, medicata con tela bagnata, coperta da alcune compresse, e finalmente da un bendaggio a più capi.

Il polso variò dopo l'operazione, essendosi fatto molto debole, ed essa ebbe del vomito. Le fu dato del *brandy*, ma il vomito continuò per il restante del giorno. Nelle prime ore della sera il polso era a 68, e nelle ultime ad 84. Tre grani di calomelano le furono dati alle 8 p. m. e ripetuti a mezzanotte.

3 Marzo. Passò una discreta notte; però ebbe della nausea. Assai poco dolore; polso a 78; pelle umida. Nella sera, sentendosi delle manchezze, le fu ordinata un'injezione d'una tazza di *tè di bue*, e mezz'oncia di vino: per uso interno una mistura di china, ed acido solforico.

4 Marzo. Una dose della sua mistura, ad ora 1 a. m. le fece tornare il vomito. Ordinata acqua di soda, e latte. Rimosso il *clamp*.

5 detto. Stato più soddisfacente; dormì bene; ferita di buon aspetto; la tensione dell'addome, che apparve jeri a sera, è ora molto diminuita. Si continuò nelle injezioni di *te di bue*, e vino, ogni quattro ore, fino dal giorno 3, e si ordinò persistervi.

7 Marzo. Molto sollevata. Agli 8 detto, poteva prendere una cotoletta di montone per pranzo. Al 10 la legatura cadde.

12 detto. Continua bene, e promette ristabilirsi presto completamente.

18 detto. È seduta sul letto sentendosi bene del tutto. La ferita perfettamente cicatrizzata.

Rimarche. Questo caso è rimarchevole per la circostanza, che le due ovaje furono rimosse per essere malate, e per la particolare agglomerazione di cisti idatiformi, o sacchi attorno la gran cisti ovarica, come se l'abnorme

potere riproduttivo del sacco avesse preso una direzione all'esterno, ed avesse complicato l'ordinario sviluppo endogeno coll'esogeno. Il progresso di questo caso fu anche in particolare soddisfacente, e molto rapido, dacchè la paziente fu convalescente alla fine di 16 giorni.

Caso XXIX. *Idrope ovarico, durata due anni: ovariotomia: guarigione.*

La Signora L. H., età 21, nubile, due anni fa per la prima volta s'accorse di un tumore nell'addome, il quale gradatamente si aumentò. Fu punta un anno fa, e di nuovo nel Marzo passato, ove per la seconda volta furono estratti quattro galloni di fluido del tutto chiaro; buona la salute generale. Fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* al 29 Agosto 1861. Il tumore sull'ultimo crebbe rapidamente, e fu diagnosticato essere multiloculare con deboli aderenze. 19 Settembre 1861. Fu amministrato il cloroforme, ed io feci un'incisione nella linea mediana sotto l'ombelico, della lunghezza dai tre ai quattro pollici, e girando la mia mano attorno la cisti, trovai che non esistevano aderenze di qualche entità. Furono estratte diciasette pinte di fluido col mezzo d'un trequarti e d'una cannula, e la cisti gradatamente venne tirata fuori. Il peduncolo non era grosso, e fu stretto dal *clamp*, e ritenuto all'esterno dell'addome. La ferita fu chiusa da suture in argento. Il tumore era composto di una grande cisti, contenente parecchie altre più piccole.

Peritonite susseguì all'operazione, che fu domata facilmente colla cura. Il *clamp* fu rimosso il 22, ed essa nell'Ottobre partì perfettamente guarita.

Caso XXX. *Idrope ovarico, durata due anni: ovariotomia: guarigione.*

J. W., età 19 anni, nubile, s'accorse due anni fa per la prima volta di un tumore al destro lato il quale crebbe gradatamente, ma con rapidità negli ultimi tre mesi. Essa non fu giammai punta e la sua salute generale è molto buona. Fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 7 Ottobre 1861.

24 Ottobre. Dopo una debita preparazione, fu cloroformizzata, ed un'incisione praticata nella linea mediana,

lunga dai tre ai quattro pollici, che scoprì il sacco del tumore. Col mezzo d'un trequarti fu esso punto, ed estrattene quattordici pinte di fluido; ora il tumore fu tratto fuori, ed il peduncolo tagliato, dopo averlo assicurato mediante un *clamp* all'esterno dell'addome. La ferita fu chiusa mediante suture in argento. Il tumore era uniloculare, e consisteva perciò in una cisti. Al secondo giorno sopraggiunsero vomito, e sintomi di peritonite, che furono molto alleviati dalla trementina in fomenti ed inalazioni. Il *clamp* fu levato la sera del 27. Essa lasciò la *Casa* un mese dopo l'operazione, in ottimo stato, e quando la rividi alcuni mesi dopo, era in perfetta salute e robusta.

Caso XXXI. *Idrope ovarico, sei anni di durata: ovariotomia: guarigione.*

La Signora C. S., età 46 anni, maritata, sei anni prima s'accorse di un tumore nell'addome, che ha costantemente aumentato di volume, e che essa attribuisce ad una caduta sopra una sedia. Fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 9 Settembre 1861, e fu punta una volta sola, innanzi la sua ammissione. Il 12, in cui fu punta, si diagnosticò di un grande tumore multiloculare, e furono estratte 25 pinte di un fluido bruno-scuro, color caffè, di una consistenza molto densa. Quando fu ammessa, era una donna di aspetto meschino e malsano, ma molto si rifece dopo la puntura.

31 Ottobre. La paziente essendo posta sotto l'azione del cloroforme, fu fatta nella linea mediana delle pareti dell'addome, le quali erano estremamente sottili, un'incisione di quattro pollici. Le cisti si aprirono senza puntura, e ne sfuggirono 11 pinte di fluido dello stesso carattere dell'ultimo estratto. Vi erano numerose leggieri aderenze, ed una robusta striscia in direzione del fegato fu legata, e quindi tagliata. Il peduncolo fu assicurato dal *clamp*, e la ferita chiusa da suture in argento, passate a tutta spessezza. Il tumore era composto di due cisti principali contenenti fluido, e di masse numerose di cisti più piccole; le membrane pesavano 37 oncie.

Essa soffrì di forte dolore per flatulenze ne' due primi giorni dall'operazione, che fu grandemente alleviato dalla

trementina in fomenti ed inalazioni. Il *clamp* fu tolto il 4 Novembre. Lasciò la *Casa* il 4 Decembre, perfettamente ristabilita, ma tardò a riprendere le forze, il che si trovò dipendere da abuso di masturbazione.

Caso XXXII. *Idrope ovarico, durata due anni: ovariotomia: guarigione.*

M. T., 23 anni, nubile, ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 16 Ottobre 1861. Circa due anni fa, essa s'accorse d'un ingrossamento del suo ventre, che fu diagnosticato per un tumore ovarico del destro lato. La sua salute generale era buona, e non fu giammai punta. Dopo essere stata assoggettata ad un trattamento preparatorio, le fu amministrato il cloroforme il 31 Ottobre, ed un'incisione di tre pollici praticata nella linea mediana, e scoperto il tumore. La cisti fu punta, ed estratte 23 pinte di fluido limpido, ed incoloro. Il peduncolo fu stretto da un *clamp*, e la ferita riunita da cinque suture in argento. Non vi erano aderenze, ed il tumore consisteva in una grossa cisti madre, le cui pareti erano tapezzate di migliaja di più piccole; il peso delle membrane era di oncie 15 $^3/_4$. Era connessa colla destra ovaja.

L'operata ebbe solo un grano d'oppio dopo l'operazione; il 22 Novembre la ferita era del tutto cicatrizzata, ed il 4 Decembre lasciò la *Casa* guarita, e robusta.

Caso XXXIII. *Idrope ovarico, durata tre anni: ovariotomia: morte.*

M. A. M., 50 anni, maritata, madre di sei figli, fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 14 Ottobre 1861. Fu malata per tre anni prima di essere ricevuta, ed alcuni mesi innanzi si mostrò nell'addome un tumore del volume di una testa d'un adulto. La sua salute generale non era molto buona, ed essa insisteva assai per l'estirpazione.

31 Ottobre. Fu amministrato il cloroforme. Un'incisione venne fatta nella linea mediana dall'ombelico al pube, e questa era in seguito dilatata superiormente. Fu infisso il trequarti, ma benchè fossero fatti tentativi in diversi punti del tumore, ne erano estratte solo 5 pinte di un fluido molto albuminoso, dacchè il tumore era in massima

parte multiloculare. Le aderenze erano molto numerose e profonde nella pelvi, e complete alla superficie anteriore dell'utero. Il tumore si era interamente modellato alla pelvi, ed era assai difficile estrarnelo, essendovi solidamente ritenuto dalle aderenze. Una di queste striscie, attaccata all'utero, fu divisa in quattro parti, e ciascuna legata separatamente. Un'altra robusta striscia, che andava al fegato, fu legata, e quindi divisa. Il peduncolo era molto grosso, non però fu chiuso da un *clamp*. Furono legati parecchi grossi vasi, e la ferita riunita da 11 suture in argento, non trapassando il peritoneo. Il tumore pesava circa 7 libbre, ed era rimarchevolmente robusto.

Essa prese tre grani d'oppio, ma giammai si riebbe, e morì 40 ore dopo l'operazione. L'autopsia mostrò parziale peritonite; il peduncolo era coperto da grumi di sangue, e ve n'era nel peritoneo. Tutti i visceri sani. Nulla fu trovato sufficiente per spiegare la morte: evidentemente la deve aver prodotta la scossa dell'operazione.

Caso XXXIV. *Idrope ovarico, durata un anno: ovariotomia: guarigione.*

S. D., età 27 anni, nubile, ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 15 Ottobre 1861. Quindici mesi innanzi, essa ricevè un pugno al destro lato. Nel Novembre 1860 s'accorse d'essere più voluminosa del solito. Nel Giugno 1861 era punta, ed estratte diciasette pinte di fluido; e dopo la sua ammissione, era punta il 24 Ottobre, e cavate trentatre pinte di un fluido chiaro. Era molto emaciata, e la salute generale cattiva, però insisteva per l'operazione dell'estirpazione.

14 Novembre. Fu amministrato il cloroforme, e praticata un'incisione di quattro pollici un poco a sinistra della linea mediana. Come il tumore era aderente, incisi le pareti della cisti: una grande quantità di fluido ne escì. Vi erano numerose aderenze in ogni direzione; fu necessario di legare, prima di dividerla, una larga striscia, che andava verso il fegato. Ebbesi ad estendere la prima incisione, rendendola di sei pollici. Il peduncolo era grosso, fu assicurato dal *clamp*, e la ferita chiusa da suture in argento. Davano assai poco sangue le aderenze

distrutte. Il peso del tumore fu di sette libbre e due oncie, e durante l'operazione furono estratte trentadue pinte di fluido. Il cloroformio, che era stato amministrato durante la prima parte dell'operazione, venne, susseguentemente rimpiazzato dall'etere, dacchè la paziente non sopportava troppo bene il primo.

Essa giammai provò del dolore dopo l'operazione, nè prese un grano d'oppio. Il 17 fu rimosso il *clamp*, il 24 levate le suture, ed il 17 Decembre essa partì perfettamente guarita sotto ogni rapporto.

Caso XXXV. *Idrope ovarico, quattro mesi di durata: ovariotomia: guarigione.*

E. K. S., età 18, fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 28 Ottobre 1861. Circa quattro mesi fa, essa si accorse per la prima volta di una gonfiezza al destro lato del ventre, che sull'ultimo crebbe assai rapidamente; per otto mesi non fu mestruata; la salute generale non molto buona, ma sotto il solito trattamento preparatorio guadagnò in nutrizione e robustezza.

21 Novembre. Fu dato il cloroforme, e fatta un'incisione lunga cinque pollici nella solita posizione. L'operazione riusì molto difficile attese le numerose e forti aderenze in tutte le direzioni. Nel separare il peduncolo, una parte del corno dell'utero fu inciso, e dava molto sangue, ma fu riunito da sei suture in argento, le quali erano tagliate al punto di riunione, ed abbandonate in cavità. Il tumore era multiloculare, della sinistra ovaja, e composto di tre grandi cisti principali, ed una quantità di più piccole. Le prime erano facilmente diagnosticate innanzi l'operazione dalla loro protuberanza, una situata in alto nell'addome, un'altra nel centro, e la terza estendentesi profondamente nella pelvi, e sentivasi dal lato della vagina. Il peduncolo era stretto dal *clamp*, e la ferita riunita con suture in argento.

Essa guarì assai bene. Il 24 il *clamp* venne tolto; il 27 fu mestruata per la prima volta, dopo nove mesi; ed il 23 Decembre partì in perfetta salute. Dacchè lasciò la *Casa* continuò ad essere mestruata regolarmente.

Caso XXXVI. *Idrope ovarico, della durata di oltre un anno: ovariotomia: tumore multiloculare di ambedue le ovaje: guarigione.*

La Signora T., età 53, residente a Tunbridge Wells, maritata, madre di cinque figli, affetta da un tumore addominale, che fu per la prima volta riconosciuto per ovarico nel Febbrajo 1861. Essa venne punta successivamente il 24 Luglio, 21, e 30 Settembre, 11 Novembre, e 9 Decembre, estraendosene 7 $^1/_2$, 5 $^1/_2$, 8, 14, e 11 $^1/_2$ pinte di fluido. Da queste frequenti punture, la sua salute venne molto alterata, e le gambe si fecero edematose.

21 Decembre. Fu amministrato il cloroforme a Tunbridge Wells, quando io procedei ad eseguire l'operazione dell'ovariotomia nel solito modo. Vi erano presenti il Dott. Johnson del luogo, il Sig. Filippo Harpur, ed il Sig. Wratislaw. L'incisione nella linea alba fu di quattro pollici, ed al presentarsi della cisti si mostrò essere multiloculare, e libera da aderenze. Fu punta e rimossa. Si scoprì allora, che la destra ovaja era parimenti affetta da malattia multiloculare; fu essa anche rimossa, ed un *clamp* applicato a ciascun peduncolo. Una considerevole quantità di fluido si raccolse nel peritoneo, durante l'operazione, il quale vi era estraneo.

Due ore dopo l'operazione, le fu propinato pel retto un grano d'oppio; il suo polso era ad 86; pelle fresca, e benessere. Un *clamp* fu rimosso il 22 Decembre alle 3 p. m., e l'altro il 23 alle 8 a. m. Non accusava sofferenze; la ferita era di buon aspetto. Alla fine di Gennajo 1862, la ferita era interamente cicatrizzata, e l'operata passeggiava per casa senza inconveniente.

Il Dott. Johnson di Tunbridge Wells, cui apparteneva il caso, diresse il trattamento successivo dopo le prime 48 ore, ed io molto attribuisco il sollecito ristabilimento dell'operata alla sua grande cura e costante attenzione.

Caso XXXVII. *Idrope ovarico, durata due anni e mezzo: ovariotomia: guarigione.*

La Signora E. H., di 56 anni, maritata, madre di sei figli, fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 7 No-

vembre 1861. Due anni e mezzo fa, essa s'accorse d'un tumore al destro lato dell'addome che crebbe gradatamente. Fu punta una volta otto mesi innanzi la sua ammissione. Lo stato generale molto malandato. Dopo la sua entrata, fu punta due volte, e sotto l'uso de' tonici, e bagni caldi, di molto migliorò in salute, ed insisteva per l'operazione.

2 Gennajo 1862. La paziente essendo sotto l'azione del cloroforme, fu fatta un'incisione nella linea alba, che si dovè estendere a cinque pollici, atteso la grande quantità di materia solida nel tumore. Vi erano alcune aderenze anteriormente, ma non difficili a lacerarsi. Quattordici pinte di fluido erano ritirate durante l'operazione dalle differenti cisti; molte delle più piccole rinchiuse nella più grande, erano in suppurazione, probabilmente per effetto delle punture. Il tumore, dopo la sua rimozione, pesava libbre 7 ed oncie 2. Il peduncolo era lungo e sottile e veniva stretto da un *clamp*, e la ferita riunita da quattordici suture in filo d'argento, dacchè le pareti dell'addome erano assai grosse.

Si ristabilì molto facilmente; il *clamp* era rimosso la mattina dopo l'operazione; al 12° giorno la ferita si trovò perfettamente riunita, e l'operata lasciò la *Casa*, guarita in meno d'un mese dopo l'operazione.

Caso XXXVIII. *Idrope ovarico, durata due anni: ovariotomia: morte,*

La Signora D., 30 d'età, maritata, madre di tre figli, ammessa il 7 Decembre 1861. Il suo ultimo parto ebbe luogo un anno fa, però essa aveva notato un ingrossamento del suo addome due anni e tre mesi prima che fosse incinta. Il parto fu naturale, e fu susseguito da grave peritonite. La salute generale fu buona fino a circa un mese dalla sua ammissione, in cui soffrì molto dolore dopo aver preso del cibo, e di flatulenze; per qualche tempo di rado dormì. Dopo la sua entrata, ebbe a soffrire molto dolore durante la notte, renitente a qualsiasi rimedio. Fu punta l'11 Decembre, e vennero evacuate trenta pinte d'un fluido verdastro scuro; dopo ciò la sua salute alquanto migliorò.

9 Gennajo 1862. Essa fu posta sotto l'azione del cloroforme, che nell'ultima parte dell'operazione fu cambiato coll'etere. La prima incisione di quattro pollici dovette essere estesa a sei, attese le numerose e valide aderenze in tutte le direzioni. Alcune erano talmente forti, che dovettero essere tagliate di traverso, e nell'essere divise, davano una sensazione, come di cartillagine. Tutto l'omento era aderente al tumore. Fu questo punto in diversi luoghi, e stante il suo carattere multiloculare, ne erano estratte solo pinte 8 $^1/_2$ di un fluido molto denso. L'omento fu legato e diviso, e la superficie tagliata portata a contatto delle pareti addominali, colla speranza di farvela aderire; la legatura fu assicurata ad un pezzo di legno fuori dell'addome. Il peduncolo fu stretto dal *clamp*, e la ferita chiusa da suture in argento.

Il tumore era composto di una grande cisti madre, racchiudente masse numerose di più piccole, a differenti stadj di suppurazione.

Durante le prime 48 ore, vi furono evidenti segni di profonda peritonite; il polso a 120; vomito costante; e per molte ore fu nutrita interamente pel retto. Essa da questo guarì. Ma il 17 si manifestò della diarrea, che non potè essere fermata. Si sostenne fino al 27 detto, in cui finalmente morì. Poche ore innanzi la morte, vi fu escita di pus dal retto intestino.

L'autopsia mostrò la ferita perfettamente cicatrizzata; l'omento aderente alle pareti addominali; un grande ascesso pelvico, che s'era formato in connessione col retto; ed una massa scirrosa connessa col duodeno. Quest'ultima s'era ulcerata attraverso quella porzione d'intestino. Gl'intestini erano assieme agglutinati mediante linfa. Tutti gli altri organi erano sani.

Caso XXXIX. *Idrope ovarico, durata due anni: ovariotomia: morte.*

La Signora D. R., dell'età di 55 anni, maritata, senza figli, fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 6 Gennajo 1862. Essa godè di eccellente salute fino a circa due anni fa, quando rimarcò un ingrossamento dell'addome, che d'allora di molto crebbe. Nell'Ottobre 1860, es-

sa era punta per la prima volta, ed estratte diciasette pinte di fluido. Fu dopo punta altre due volte, aumentandosi ognora il fluido. La salute generale molto buona. Era molto desiderosa dell'operazione.

9 Gennajo. Fu amministrato il cloroformio, ch'essa sopportò molto male; la faccia ed il collo si congestionarono in modo allarmante; ed era rimpiazzato dall'etere: però fu in parte *compos sui* durante l'operazione. Fu fatta una incisione di circa tre pollici, ed il tumore, che si presentò, fu trovato libero da ogni aderenza. Furono evacuate dieci pinte di fluido: il peduncolo fu stretto dal *clamp*, e la ferita riunita con suture in argento. La parte solida del tumore pesava libbra 1 $^1/_2$; consisteva di una grande cisti, contenente delle più piccole, e d'una massa, circa del volume d'un uovo d'oca, che era composta d'innumerevoli cisti una dentro l'altra, e quando era tagliata, rassomigliava ad un tumore adiposo, e racchiudeva la destra ovaja.

Essa giunse ammirabilmente bene fino alla mattina del 14, non presentando alcun cattivo sintomo, ma nella sera sopraggiunse la diarrea, che continuò fino alla mattina del 16, in cui il polso si fece intermittente, e fredde le estremità; ed in onta ad un'enorme dose di stimolanti, essa morì il 17 alle 10 a. m. L'autopsia mostrò della linfa sugli intestini, ma non a sufficienza per spiegare la morte. Il fegato ed il destro rene, erano sani; il sinistro adiposo. Il cuore era dilatato e flacido, le pareti specialmente delle orecchiette non più grosse d'una cialda. I visceri contenuti nel torace erano aderenti fra loro; il pericardio adeso al cuore inseparabilmente.

Caso XL. *Idrope ovarico, durata otto mesi: ovariotomia: morte.*

La Signora R. di 49 anni, maritata da 20 anni, ha sei figli, il più giovine ha sei anni. Fu ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 17 Marzo 1862. Circa otto mesi fa, s'accorse di un ingrossamento dell'addome, e soltanto nelle ultime settimane non soffrì affatto. La salute sempre buona, eccettuati alcuni dolori di capo biliosi. Madre e sorelle sane. L'addome è uniformemente disteso, e non si

sente grosso tumore solido, ma uno o due piccoli nodi. I mestrui cessarono nell'Agosto passato.

20 Marzo. Il cloroforme fu amministrato, ed un'incisione venne fatta di quattro pollici circa nella linea mediana; non vi erano aderenze. Col trequarti si estrassero nove pinte di fluido. Il tumore era assai multiloculare, e l'incisione dovette essere dilatata, perchè questi venisse facilmente estratto. Il peduncolo, che era lungo, fu stretto da un *clamp*, e la ferita riunita con punti in argento. Quest'ultimo tempo si dovè fare con diligenza, dacchè gli intestini, e l'omento persistentemente protrudevano attraverso la ferita.

Essa non ebbe affatto vomito dopo l'operazione, e non soffrì gran dolore; non le fu dato oppio. Eccettuata una diarrea biliosa, essa progredì bene fino al 29, nella sera del quale improvvisamente si prostrò nelle forze, e non ostante l'uso generoso di stimolanti, morì nelle prime ore del 30. L'autopsia rivelò una peritonite generale, con copiosa effusione purulenta. Il fegato era pallido e molle; parimenti molle e molto flacido il cuore, con un grosso coagulo resistente e bianco nell'orecchietta sinistra.

Caso XLI. *Idrope ovarico, tre anni di durata: ovariotomia: rimarchevoli aderenze: guarigione.*

La Signora E. H., età 29, ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 7 Marzo 1862. È da dodici anni maritata, ma non ebbe mai figli. La sua salute fu buona fino a tre anni fa, quando cominciò a soffrire d'una sensazione di peso, e di pressione, nell'emettere l'orina. Quindici mesi innanzi cominciò ad ingrossarsi nel ventre. Punta la prima volta 7 settimane fa, e furono estratte ventidue pinte di fluido di un colore bruno. Cinque settimane dopo era punta di nuovo, ed estratte quattordici pinte di un colore più chiaro. Amenorroica da sei mesi. Fu diagnosticato un grande tumore multiloculare, consistente in una grande cisti, ed in parecchie altre più piccole.

20 Marzo. Dopo che il cloroforme fu amministrato, fu fatta la prima incisione, lunga dai tre ai quattro pollici. Nel giungere alla cisti, si trovarono anteriormente numerose aderenze, con facilità lacerate, oltre alle quali tutto

l'omento era aderente alla grande massa. L'intero corpo dell'omento fu legato con un pezzo di filo d'argento, e quindi diviso. Ora la cisti fu punta in diversi luoghi, dacchè il fluido non esciva liberamente, e n'erano estratte sedici pinte di fluido. Tentando allora estrarre il tumore, il Sig. Brown trovò, che un pezzo d'intestino tenue era aderente alla parte superiore e posteriore, per circa sei pollici di lunghezza. Era così intimamente connesso col tumore, che vi furono dei serj pareri di escidere una porzione della cisti, e di lasciarla aderente all'intestino: però ne fu dissecata, benchè con molta difficoltà. Tentando di nuovo di estrarre il tumore, fu trovato che non aveva un peduncolo come al solito, perchè una larga striscia di aderenze legava il tumore al sacro ed alla fascia pelvica, ed era anche aderente ad un lato, ed al fondo dell'utero. Il totale del peduncolo era così voluminoso, che con grande difficolta veniva abbracciato da quattro *clamp*; quando ciò fu eseguito si osservò, che la superficie dell'intestino, che era stata dissecata, dava sangue abbondantemente. L'applicazione del freddo, il percloruro di ferro, il cauterio attuale, e l'esposizione all'aria, non riuscirono a fermarlo e finalmente ciò si otteneva col legare i vasi principali con sottili suture in argento. La ferita fu chiusa con quattro suture parimenti in argento, essendo i *clamp* accomodati al di fuori. Il fondo dell'utero poteva essere sentito esternamente all'addome.

Essa ebbe un poco di vomito dopo l'operazione; e dacchè si lamentava di gran dolore al dorso, le fu dato un grano d'oppio. Passò la notte del 22 piuttosto smaniosa, vomitando grande quantità di bile. Progredì in seguito favorevolmente, ed il 29 ricevè una cotoletta di montone, e del *champagne*.

1 Aprile. Peduncolo quasi spogliato, ed abbondanza di materie di buona qualità.

Da quest'epoca essa raggiunse una sollecita guarigione, ed in tre settimane dal giorno dell'operazione era alzata, e rimandata alla fine della sesta settimana.

Caso XLII. *Idrope ovarico, della durata d'un anno: ovariotomia: guarigione.*

La Signora J. T., età 50 anni, di Nottingham, ammessa nella *Casa Chirurgica di Londra* il 5 Aprile 1862. Essa ebbe tre figli. L'ultimo nato otto mesi fa. Quattro mesi innanzi l'ultimo suo parto, mentr'era a passeggiare, fu subitamente presa da un dolore passeggiero al lato sinistro, estendentesi dalle coste alla pelvi, e che continuò per un giorno, e quindi scomparve. Niente d'insolito avvenne nel suo ultimo parto; questo fu facile, ma dopo la nascita del figlio, si trovò che l'addome rimaneva tutt'ora grosso. Due mesi dopo il suo parto, essa scoprì un tumore al sinistro lato. Il fanciullo fu divezzato a sei settimane. Fu mestruata sempre regolarmente dopo questo parto. All'atto della sua ammissione, fu trovato l'addome generalmente ingrossato da un tumore ovarico; la sua salute è straordinariamente buona, ed eccellente il suo umore: si dimagrì dacchè il tumore cominciò ad ingrossare. Non fu giammai punta. Fino dal suo primo parto, ebbe un prolasso dell'utero, il quale aumentò in questi ultimi tempi. Dopo essersi assoggettata al solito trattamento preparatorio, fu punta il giorno 15, e fu estratta solo un'oncia di un fluido bruno per essere esaminato; il tumore fu diagnosticato multiloculare.

17 Aprile. Fu amministrato il cloroformio. Una primitiva incisione fu fatta nella linea mediana, lunga tre pollici; la mano fu allora passata attorno la superficie del tumore, e fu trovata una larga aderenza alla parte superiore dell'omento; l'incisione fu dilatata di due pollici sopra l'ombelico, e venne messa allo scoperto l'aderenza. Questa fu dapprima stretta da un filo in argento, e quindi divisa, ovviandosi così al rischio dell'emorragia. Nella cavità del peritoneo v'era una grande quantità di fluido scuro, il quale senza dubbio era sfuggito dalla cisti, quando ne fu estratto il contenuto il giorno 15. Tre cisti venivano punte durante l'operazione, il tumore era estratto fuori, ed il peduncolo assicurato con un *clamp*, e quindi diviso. La ferita era riunita da suture in argento, avendo prima la precauzione di rimuovere colle mani e

con una flanella tutto il fluido dall'addome. Il tumore nasceva dalla sinistra ovaja, e pesava tre libbre, contenendo di più tredici pinte di fluido.

Non ebbe l'operata del vomito dopo l'operazione, ma nella sera si lamentò di un poco di dolore all'inguine sinistro, all'anca, ed alla gamba. Il *clamp* fu tolto la sera del 18. Eccettuato qualche dolore, della nausea, e del vomito di bile, per tre o quattro giorni dopo il 19, essa progredì favorevolmente. La ferita era interamente cicatrizzata il 26, e le suture in argento allora furono rimosse. Il suo ristabilimento, fino dal 10 Maggio, fu soddisfacente e stabile.

CAPITOLO VII.

Analisi dei Casi del Capitolo precedente.

Procederò ora ad analizzare i quarantadue casi, narrati nel precedente capitolo, dei quali ventidue furono seguiti dalla guarigione, e venti dalla morte. La spiegazione di questa mortalità apparentemente grande, quasi totalmente ristretta alle mie prime operazioni, è offerta più innanzi.

Età. — L'età delle pazienti tutte variò dai diciotto, ai cinquantasette anni; la seguente Tavola mostra le rispettive età nei casi felici ed infelici.

Felici		Infelici	
18 ai 25 anni	7	20 ai 25 anni	2
25 » 30 »	5	25 » 30 »	5
30 » 35 »	1	30 » 35 »	6
45 » 50 »	5	35 » 40 »	2
Sopra i 50 »	4	40 » 45 »	1
		45 » 50 »	3
		Sopra i 50 »	1
	22		20

Il caso felice più giovane fu di diciotto, ed il più vecchio di cinquantasette anni, mentre l'infelice più giovane fu di ventuno, ed il più vecchio di sessantacinque d'età. Dei casi felici, dodici furono sotto ai trenta, e nove sopra ai quarantacinque, e degli infelici, sette furono sotto ai trenta, e quattro sopra ai quarantacinque. La preponderanza sembrerebbe pendere verso il successo nella gioventù, od oltre i quarantacinque anni. Ciò è anche più marcato ne' miei ultimi casi di operazione, dacchè il successo fu molto frequente nei giovani: risultato che alquanto s'accorda colle statistiche del Signor Clay, nell'appendice alla sua traduzione di Kiwisch sulle *Malattie delle Ovaje.*

Si può stabilire senza riserva tuttavia, che *caeteris paribus*, una maggiore probabilità di successo è riservata alla donna, che si sottopone all'operazione prima dei trent'anni. Ciò sarà influenzato nonostante dalla durata della malattìa, dal numero delle volte che fu praticata la puntura, dallo stato della salute generale, e dalla natura ed estensione della malattia, specialmente per ciò che rìguarda le aderenze.

Durata della malattia. — Nei casi felici la durata della malattia si estese dai quattro mesi ai dicianove anni; ma la maggior parte era in un periodo comparativamente breve. Così otto furono entro un anno, otto fra uno a due anni, una a due anni e mezzo, una a quattro, cinque, sei, dieci, e dicianove anni, facendo sedici entro due anni. Di questi casi, undici erano maritate, ed undici nubili, e fra le prime tre non ebbero figli, e le rimanenti erano madri da uno a sette figli, prima che il tumore cominciasse a crescere; il Caso XLII può essere eccettuato, giacchè è probabile, che il tumore cominciasse a formarsi durante la gravidanza del suo terzo ed ultimo figlio. Undici malate sopportarono la puntura da una a quindici volte prima dell'operazione, il che grandemente influì sulla salute generale. Si può qui stabilire, che il Caso, (N. II) di dicianove anni di durata, non soggiacque alla puntura; quello di dieci anni di durata (N. VI) fu punta due volte; la prima volta fu combinata la puntura colla compressione, che tenne la malattia stazionaria per sette anni, fatto di qualche importanza, riducendo così la durata della malattia a tre anni, ed il caso di sei anni (N. XXXI) fu punto due volte. Il Caso XVI fu punto quattordici o quindici volte, mentre la durata della malattia era di cinque anni; ed il Caso XXXVI fu punto cinque volte, essendo la durata della malattia sopra un anno; ma ciò è spiegato dalla circostanza, che un doppio tumore multiloculare era presente in ambedue gli esempj, essendo in ogni caso implicate le due ovaje con successo estirpate.

Nei casi infelici la malattia esistè da otto settimane a quattordici anni. In un caso di una donna maritata, di

quarantanove anni, che aveva avuto sei figli; contava solo otto settimane; incluso questo, ve n'erano dieci entro due anni; quattro di tre anni, tre di quattro anni, uno di nove, dieci, e quattordici anni. Uno di dieci (N. XIV) può dirsi *congenito*, perchè avvenne in una inferma nubile dell'età di ventun'anno, che provò da prima i sintomi della sua presenza nell' undecimo anno; essa non fu giammai mestruata, e la natura del tumore mostrò, che deve essere stato presente alla nascita. Fra questi casi, tredici erano maritate, e sette nubili; delle prime, sette non ebbero figli, e le altre ne ebbero da uno a sei, prima che il tumore cominciasse a crescere, però con l'eccezione di uno (Caso N. I). In quel caso la paziente ebbe un tumore ovarico per nove anni, quando si maritò, e diede alla luce un figlio; quattro anni dopo di ciò e quattordici dopo la presentazione del tumore, fu praticata l'ovariotomia. Fra i venti casi fatali, undici furono punte da una a nove volte innanzi l'operazione. Il caso della durata di quattordici anni (Caso I) soggiacque alla puntura una volta innanzi, ed una volta due anni dopo la sua gravidanza; uno di dieci anni (N. XIV) non fu giammai punto; uno di nove anni (N. IV) fu punto quattro volte, e varie volte dopo; il Caso XV, di quattro anni di durata, fu punto cinque volte; il Caso XXIV sette volte, ed il caso XXVII sei.

Stato di salute. — Questa variò assai in tutti i casi ed in un dato numero era molto migliorata innanzi l'operazione. La salute generale fu notata come molto buona in nove delle guarigioni; in nove lo fu discreta, od indifferente, ed in quattro lo fu al momento cattiva. Molte erano estremamente emaciate per la natura della malattia, e per le punture che avevano sostenute. Nel Caso XIII era molto malandata l'inferma, e di tratto in tratto presentavasi dell'emottisi; nel Caso XII un acuto attacco di peritonite ebbe luogo otto mesi innanzi l'operazione; nel Caso II, nel quale la malattia era presente da dicianove anni, era associata costantemente con un doloroso prolasso dell'utero; nel Caso XXXVI la paziente era molto dimagrita, ed aveva edema alle due gambe: tuttavia con queste, ed altre condizioni, si ottennero delle guarigioni.

Dei venti casi infelici, cinque godevano di buona salute, nove di mediocre, e sei di cattiva. Parecchi di questi, come fra i felici, erano molto smaniosi per l'operazione. I Casi XIX, XX, e XXIV, erano assai emaciati, ed il soggetto del Caso XL, aveva sempre goduto di buona salute fino a sei settimane innanzi l'operazione; si vedrà pertanto, che in esso la malattia contava solo la durata di otto settimane. Molto più si potrebbe dire sul soggetto della salute generale delle inferme, ma il detto è sufficiente allo scopo di mostrare quale fu dessa prima dell'operazione in ambedue le classi dei casi.

Operazione, e carattere del tumore. — Riguardo all'operazione, le incisioni variarono dai tre agli otto pollici, secondo le circostanze esistenti. In diciotto delle guarigioni non eccedettero li sei, e di questi, undici erano di quattro, ed anche meno. Fra le morti, quattordici non eccedettero li sei, e di queste, sette furono di quattro ed anche meno. In nessun caso il risultato fatale può essere attribuito alle incisioni. Non appena fatte, esse non si prolungavano oltre i tre o quattro pollici sotto l'ombelico, ma furono estese, sia in alto che in basso, secondo che fu richiesto dalla natura ed aderenze del tumore.

In venti delle guarigioni i tumori furono o policistici, o multiloculari, ed uniloculari in due. I primi includono tre casi, ove l'ovaja opposta era malata, necessariamente complicante, ed aggravante il pericolo dell'operazione. Per esempio, il Caso XVI aveva un grosso tumore rassomigliante ad un cavolfiore attaccato ad una massa di cellule egualmente grossa, che involgeva la destra ovaja; mentre un'altra massa di cisti del volume della testa d'un feto era presente al sinistro lato del ventre, in connessione colla sinistra ovaja. L'ultimo dovette essere snucleato dalla fascia pelvica, e l'*écraseur* impiegato per dividere alcune aderenze. Il Caso XXVIII fu un esempio di malattia policistica della destra ovaja, che fu trattata nella solita maniera; la sinistra ovaja era convertita in un duro tumore fibroso, che venne parimenti rimosso. Nel Caso XXXVI ambedue le ovaje erano affette da malattia multiloculare richiedenti dopo la rimozione un *clamp* separato per ciascuno.

Nei casi infelici il tumore fu policistico, o multiloculare, in dicianove, e monocistico in uno. Fra i primi, vi furono due esempj, nei quali il tumore era più o meno solido. Nel Caso XIV, dopochè col trequarti furono evacuate quattordici pinte di fluido, e rimosso il tumore, si trovò contenere una grande quantità di sostanza compatta, contenente molte ciocche di capelli commiste a materia steatomatosa, e nel centro della cisti v'era una massa ossea contenente molti denti perfetti. Nel Caso XXVII, erano presenti non poche masse solide, rassomiglianti ad alveare, o cancro colloide, formate da numerose cisti una dentro l'altra. Nel numero totale dei casi, il tumore fu multiloculare, o policistico, in trentanove, ed uniloculare in tre. Le dimensioni presentarono grande varietà, ma per la massima parte esse furono medie, e grandi.

Aderenze. — Queste esistevano in tredici dei casi felici, ed in diciasette degl'infelici; esse presentarono grande diversità nel carattere della loro durezza ed estensione. In nove guarigioni, ed in tre morti, mancarono affatto.

Nelle guarigioni, esse furono comparativamente poche o deboli, e facilmente lacerabili in sei casi; in due furono più numerose ed estese, benchè facilmente lacerabili, eccettuato in ciascuno una striscia, che andava al fegato, e che fu legata prima di essere divisa (Casi XXXI, e XXXIV). Nei cinque altri, esse furono dure e resistenti: così nel caso XVI, mentre furono poche e deboli in connessione colla destra ovaja, la sinistra era mantenuta in basso, e circondata da un denso strato di fascia pelvica, in modo che questa non si potè rimuovere, e con grande stento la mano potè essere insinuata nelle pareti della cisti, ed il tumore così venne enucleato. Nel Caso XXV le aderenze furono molto forti alla destra dell'utero; una striscia grossa, larga otto pollici s'approfondava nella pelvi, ed univa il tumore all'utero ed alla vescica. Nel distruggerle venne leggermente intaccata l'unione della tromba faloppiana col corpo dell'utero, e diede sangue così abbondantemente, che bisognò riunire la ferita con due punti in argento, i quali venivano tagliati d'appresso, ed abbandonati.

Le aderenze erano numerose e valide in tutte le direzioni nel Caso XXXV, e nel separare il peduncolo del tumore, una parte del corno dell' utero fu incisa, e sanguinava abbondantemente, ma fu assicurata da sei suture in argento, che venivano tagliate d'appresso e lasciate. Nel Caso XLII la parte superiore del tumore era aderente ad una estesa porzione d'omento; questo fu prima legato con un filo di argento e quindi diviso, evitandosi così ogni rischio d'emorragia: si abbandonò il filo in cavità. Nel Caso XLI le aderenze erano non solo numerose e molto estese, ma rimarchevolmente resistenti, più che in qualunque altra delle mie operate. Il tumore era assai intimamente attaccato a sei pollici del tenue intestino; una grossa striscia adesiva legava il tumore al sacro, ed alla fascia pelvica, ed era anche aderente ad un lato, ed al fondo dell'utero. Le difficoltà incontrate in questo caso sono riferite nei loro dettagli in una pagina precedente, ma io devo qui rimarcare, che i miei timori più gravi si riferivano alla vita della paziente, e non ostante ne seguì la guarigione.

Nei casi fatali, le aderenze furono poche, e leggiere in sei casi. Negli altri undici esse furono molto estese, numerose, e resistenti; per esempio, nel Caso IV, alcune erano della larghezza di una palma di mano: una essendo lunga e cilindrica, richiese una legatura prima di essere tagliata; la massa morbosa colle cisti pesava settanta libbre. Nel Caso IX, esse erano deboli anteriormente, ma forti alla parte superiore ed ai lati del tumore. Nel Caso XV, una forte e grossa striscia si dirigeva al fegato. Nel Caso XVII, le aderenze erano molto valide al colon, ed alla vescica. Nei Casi XXIII, e XXIV, assai robuste nella pelvi. Nei Casi XXVII, XXXIII, e XXXVIII, esse erano assai numerose in tutte le direzioni. Nel Caso XXXIII, si estendevano profondamente nella pelvi, per tutta la parete anteriore dell'utero, e superiormente al fegato.

Anestesia. — Il cloroforme fu amministrato in tutti i casi; in due (Casi XXVIII, e XXXIX) fu tralasciato a motivo del grande abbassamento del polso in uno, e l'al-

larmante congestione della faccia e del collo nell'altro. Le pazienti furono in parte *compos sui* durante l'operazione, però non soffrirono dolore. In due esempj (Casi XXXIV, e XXXVIII) fu usato durante la prima parte dell'operazione, e per la restante fu sostituito l'etere.

Posizione del peduncolo. — Il peduncolo fu ritenuto fuori dell'addome in trenta casi, col mezzo del *clamp*, ad eccezione dei casi VIII, IX, e X, nei quali fu legato ad una sonda per tenerlo in quella posizione. In dodici casi fu lasciato dentro, cioè I, III, IV, VI, VII, XI, XXII, XXIII, XXIV, e XXV. In due (Caso II e V) non ebbesi a fare col peduncolo.

Cause della morte. — Nella narrazione dei quarantadue casi data nel capitolo precedente, io non posso riferire più che ventidue esempj di guarigione. Ma come generalmente colle statistiche, i prospetti di queste non ci svelano tutta la verità, oltre ai numeri, dobbiamo prendere in considerazione delle circostanze collaterali. Ed io devo in prima rimarcare in modo generale, che parecchi dei casi operati, mi si presentarono alcuni anni fa, quando le mie cognizioni sul metodo d'operare erano necessariamente ristrette, per ciò che concerneva la pratica esperienza, e ciò che è di maggior momento, quando quel metodo era assai imperfettamente sviluppato, ed anteriore ai molti perfezionamenti suggeriti coll'avvanzarsi della scienza chirurgica, particolarmente in tutto che riguarda questa classe di operazioni. In quel tempo, per esempio, le controindicazioni ad operare erano imperfettamente valutate, e l'esistenza di aderenze era un triste inciampo al compimento dell'operazione. Così parimenti la diagnosi della natura e carattere della malattia ovarica, era meno perfettamente conosciuta, ed il successo delle operazioni alcune volte veniva influenzato sinistramente dalla natura colloide, od altrimenti sfavorevole del tumore.

Per riferirmi brevemente a pochi casi particolari, io devo scegliere i sette casi infelici sopra i ventidue da me operati nella *Casa Chirurgica di Londra.* Nella storia di ciascuno di questi, noi dovremo scoprire circostanze, oltre a quelle dell'operazione stessa, che più o meno spiegano il termine fatale.

Così il Caso XIV fu sotto ogni rapporto molto rimarchevole ed insolito. Vi era una malattia ovarica congenita, discernibile all'undecimo anno d'età della paziente, che continuò a svilupparsi fino a che raggiunse un enorme volume: intantochè veniva deteriorando la salute, ed i poteri vitali. Ma il tumore stesso era anche più rimarchevole: non era egli già una semplice cisti ovarica, o congerie di cisti riempite da un fluido sieroso, ma una collezione di sacchi, sviluppati in relazione con una cisti principale, contenente capelli, adipe, denti, con porzioni di mandibole, di naso ecc., e tutto questo di più, in una donna nubile, che non fu mai gravida, ed amenorroica. Di più le cisti, che non contenevano queste materie organiche, erano ripiene di una materia viscida, rappresa, o caseosa, la cui produzione non poteva essere che di detrimento alla nutrizione della paziente. La sola razionale spiegazione di tale morboso tumore, è che sia stato originato in una specie di intussuscezione di un feto gemello durante la vita uterina, come nel caso dell'uomo, il cui addome conteneva delle reliquie di feto, qual si è quello conservato nel Museo Hunteriano. Indipendentemente dalla singolare condizione presentata dal tumore ovarico, si trovarono dopo la morte evidenti segni di recente peritonite, i resti di vecchia malattia, ed il fegato era strettamente adeso al diaframma da antiche aderenze.

Nel Caso XV, noi troviamo che la paziente era abitualmente intemperante, che soffriva di grande ascite, essendosi evacuate dal peritoneo quarantacinque pinte di fluido, innanzi che la cisti ovarica fosse punta. Dopo la morte si trovò il fegato corrugato, rammollito, e degenerato il suo tessuto secernente.

Il Caso XXVII fu un esempio di tumore colloide. La paziente fu punta diverse volte, e dopo ogni operazione la secrezione del fluido apparve più rapida. Inoltre il fluido era molto albuminoso, viscido, e ricco di organica materia distratta dal generale, e conseguentemente a spese della sua propria nutrizione e vitalità, e dopo la morte si trovò il fegato essere adiposo. Traccie di pus vennero trovate nei reni.

Le aderenze furono talmente resistenti ed estese nel Caso XXXIII, che una guarigione non fu prognosticata al momento dell'operazione: il tumore si estendeva profondamente nella pelvi, ed era aderente all'utero.

I Casi XXXVIII e XXXIX, parlano quasi da loro, stessi, perchè la diarrea li fece precipitare, il primo in diciotto giorni, ed il secondo in otto giorni dall'operazione. Nel Caso XXXVIII esisteva vicino al retto un grande ascesso pelvico, che si era aperto, e dopo la morte si osservò nel duodeno un'ulcerazione scirrosa. Nel Caso XXXIX la paziente progredì meravigliosamente bene fino a che si presentò la diarrea, la cui scossa agendo sopra un cuore così malato, come quello che era scoperto dopo la morte, sollecitamente condusse ad un esito fatale per colasso colerico.

E finalmente il Caso N. XL era un rimarchevole esempio di malattia ovarica, assai rapidamente sopravvenuta all'età critica della vita; perchè la paziente, la cui età era quarantanove anni, da sette mesi aveva cessato di essere mestruata; il tumore apparve da prima otto settimane innanzi, ed in quindici giorni cominciò ad influire sulla salute generale. La distensione prodotta dal tumore, ed il grande numero di cisti, che lo componevano, mostrò come attiva era stata la sua vitalità in così breve periodo di tempo; in conseguenza non vi erano aderenze. Ad eccezione di frequenti attacchi di diarrea biliosa, essa progredì discretamente per dieci giorni, quando improvvisamente si depresse, e morì. Il cuore ed il fegato erano rammolliti, il primo era anche flacido, e presentava dei cambiamenti ateromatosi.

La mia esperienza m'insegna di essere più attento nella scelta dei casi per questa operazione, e di rifiutare quelli, ove la salute è molto affranta; dove il flusso di materia albuminosa per le ripetute punture è stata grande; dove la malattia è di una natura colloide, od in altra maniera materialmente differisce dal carattere veramente cistico; e dove per il costituto della paziente altri organi hanno organicamente sofferto serio detrimento nelle loro funzioni. In fatti, nei casi dell'indicata descrizione, l'intervento operativo apparisce interamente controindicato.

Finalmente io devo rimarcare, che mi sarebbe possibile di rivolgere l'attenzione sui casi che vennero narrati sotto molti altri aspetti, e dedurne varie altre pratiche considerazioni, oltre a quelle già menzionate, ma io mi astengo dal farlo, e preferisco, lasciandolo all'intelligente lettore, di raccogliere quelle altre lezioni, che possono derivare dalla mia esperienza. Ciò sarà grandemente facilitato col riferirsi ai Casi nell'Appendice, che sono dati in forma tabulare. (29) (30) (31).

APPENDICE DI TAVOLE

N. dei casi.	Data dell' operazione.	Nome ed età della paziente.	Durata e progresso della malattia, e condizione della paziente durante l'operazione.	Anestetici usati.	Lunghezza dell'incisione	Aderenze.	Natura del tumore.
1	1851	Sig. E., età 27	Nubile. Puntura e compressione usate con vantaggio; si maritò poi, ebbe un figlio, e gli diede il latte per un anno. Punta dopo la gravidanza, e due anni appresso. Quattro anni dopo la nascita del figlio, e quattordici dopo la comparsa del tumore, fu praticata l'ovariotomia.	Cloroforme.	Otto pollici.	Leggieri e recenti in un punto della pelvi.	Composto di tre grandi cisti.
2	10 Marzo 1852	Giovanna T., età 47	Maritata. Un figliò. Dicianove anni fa, dopo uno sforzo ebbe prolasso d'utero, e l'addome cominciò ad ingrossarsi al sinistro lato. Molto crebbe negli ultimi sei mesi. Dolore pulsante al ventre. Ha un prolasso d'utero costante e completo. Magra, minuta, e lurida.	Cloroforme.	Quattro pollici.	Nessuna.	Uniloculare della sinistra ovaja.
3	20 Maggio 1852	M. A. B., età 23	Maritata. Senza figli. Due anni innanzi sentì alcunchè sortirle dal ventre, ed un tumore le si formò nel destro lato, gradatamente crescente fino ad oggi. Si estende proprio sino alla cartillagine ensiforme. Salute generale buona.	Cloroforme.	Tre pollici.	Varie, che erano facilmente staccate.	Multiloculare.
4	1 Luglio 1852	Sig. D., età 37	Maritata. L'addome cominciò ad ingrossarsi nove anni fa. Da cinque anni punta. Dopo due anni fu richiesta una seconda puntura, e dopo altri due anni una terza. Nel Gennajo 1852 ne fu fatta una quarta. In seguito parecchie altre. Salute molto affranta.	Cloroforme.	Otto pollici.	Estese, alcune della larghezza d'una mano, una molto lunga.	Multiloculare.

Peduncolo dentro, o fuori dell' addome.	Processo ed accidenti durante l' operazione.	Esito.	Osservazioni
Dentro.	Dopo la prima incisione di quattro pollici, fu punta la prima cisti; l'incisione fu dilatata per pungere una seconda cisti nell'ipocondrio sinistro; era tuttavia impossibile di rimuovere il tumore, dacchè si scoprì una terza cisti nella pelvi; l'incisione era pertanto dilatata. Il peduncolo comune alle tre cisti legato con una doppia legatura.	Morì.	Sopravvenne peritonite, e la paziente morì al terzo giorno, in apparenza più per esaurimento, che per la gravezza dell'infiammazione. Probabilmente un'operazione fatta prima avrebbe potuto essere felice.
	Incisione fatta un pollice e mezzo sotto l'ombelico. Cisti punta, ed estratte sedici pinte di un fluido chiaro, rimanendone un poco addietro. Una porzione di cisti estratta ed escisa, per circa tre pollici. Omento protruso da prima. Ferita riunita con suture interrotte.	Guarì.	Sopraggiunse della peritonite, che disparve sotto la cura. Seduta sul letto al dodicesimo giorno, e licenziata al ventesimo settimo dopo l'operazione. Continuò bene fino al presente giorno.
Dentro.	Incisione due pollici sotto l'ombelico. Superficie della cisti molto vascolarizzata; alla puntura diede diciotto pinte di fluido scuro. L'estrazione molto difficile, fino a che un' altra cisti non venne punta. Solide masse occupavano la pelvi. Peduncolo legato da una doppia legatura, ciascuna porzione legandone una metà. Ferita chiusa da suture interrotte e superficiali.	Morì.	La morte avvenne in otto ore per emorragia, che apparentemente venne dall' aderenza esistente alla superficie superiore del tumore, la quale era penetrata da due vasi moderatamente grossi. Quaranta oncie di sangue si trovarono nella cavità del peritoneo.
Dentro.	Incominciata una piccola incisione, e dopo estesa ad otto pollici, a motivo del volume delle cisti, de' suoi rapporti, ed estese aderenze. Numerose cisti si trovarono in connessione colla più grande, facilmente lacerabili ad ogni più piccola pressione della mano. Fu rimossa una massa morbosa immensa, pesante col fluido contenuto nelle cisti, libbre settanta. Il peduncolo fu legato; la ferita chiusa colle suture.	Morì.	Nausea e vomito ostinati sopraggiunsero nel giorno appresso; e resero frustranei tutti gli sforzi per sostenerla contro la scossa dell'operazione e l'esaurimento, e continuarono fino a che essa morì nel terzo giorno. Il peritoneo parietale, lo stomaco, ed i tenui intestini coperti di linfa, come anche la superficie dell'utero.

N. dei casi.	Data dell' operazione.	Nome ed età della paziente.	Durata e progresso della malattia, e condizione della paziente durante l'operazione.	Anestetici usati.	Lunghezza dell'incisione	Aderenze.	Natura del tumore.
5	1851	Sig. E. H., età 54	Una Signora maritata, madre di parecchi figli. Una grande cisti multiloculare potevasi sentire attraverso le pareti dell'addome, cresciuta in due anni.	Cloroforme.	Tre pollici.	Nessuna.	Multiloculare.
6	20 Marzo 1852	Sig. B., età 30	Nel 1843 fu punta, ed applicata la compressione, e non ebbe ritorno il fluido per sette anni. Nel 1851 cominciò ad ingrossarsi, fu punta sui primi del 1852. La salute eccellente.	Cloroforme.	Quattro pollici.	Nessuna.	Uniloculare.
7	16 Giugno 1852	E. D., età 29	Maritata. Un figlio. Il ventre cominciò ad ingrossarsi quindici mesi fa, tumore mobile, salute buona.	Cloroforme.	Otto pollici.	Una piccola all'omento.	Multiloculare.
8	2 Marzo 1854	Sig. B., età 37	Maritata. Sette figli. Il ventre conosciuto per la prima volta ingrossarsi al destro lato otto mesi fa; ultimamente molto aumentato. Punta nel Novembre 1853, ed estratte ventisei pinte di fluido. Salute buona. Ansiosa per l'operazione dell'estirpazione, dacchè la cisti tornò a riempirsi diciotto mesi dopo la compressione, che venne praticata felicemente.	Cloroforme.	Tre pollici.	Nessuna.	Multiloculare.

Peduncolo dentro, o fuori dell' addome.	Processo ed accidenti durante l' operazione.	Esito.	Osservazioni.
	Incisione nella linea semilunare contro la cisti, aperte le sue pareti che erano molto grosse, ed escisa una porzione. Escite dodici pinte di fluido, ed evacuata una seconda grande cisti, e quindi chiusa la ferita.	Guarì.	Sopravvenne acuto attacco d' infiammazione; cedè al salasso, calomelano e oppio. La prima cisti si avvizzì, e si poteva sentire attraverso le pareti, ma l'altra frequentemente si riempì. Durante gli otto anni che visse occorsero trentacinque punture.
Dentro.	L'esterne membrane della cisti molto vascolari; fu dissecato un pezzo di cisti largo come la palma di una mano, ma non potè essere fermato il sangue, e come non v' erano aderenze, la cisti veniva estratta, e legato il suo peduncolo grosso un pollice e mezzo.	Guarì.	Piuttosto smaniosa nei primi sette giorni, quindi cominciò a migliorare, ed era convalescente discesa in sala il trentaduesimo giorno dall'operazione. Si maritò nel 1853. e nel Gennajo 1860 era madre di tre figli sani.
Dentro.	Fu scoperto un grande tumore irregolare, punto in diversi luoghi, estratta piccola quantità di fluido, non molto diminuì il sacco. La prima incisione, di quattro pollici, fu estesa sopra e sotto l'ombelico. Peduncolo legato con tre legature.	Morì.	Ebbe un attacco di peritonite, e fu salassata con sollievo. Il 22 durante un accesso di vomito, la ferita si disunì esponendo completamente gli intestini, che si videro coperti di linfa. La ferita chiusa da suture. Gradatamente si prostrò, e morì il 12 Luglio. Considerevole peritonite al destro lato, riunente assieme gli intestini, linfa e pus effusi. Intestini ulcerati in alcuni luoghi. Superficie del fegato, vescica, ed utero infiammati.
Fuori, legato ad una sonda.	Peritoneo difficile a dividersi nella prima incisione, per la presenza di molto fluido ascitico. La cisti quindi fu punta, estratta fuori con una pinzetta dentata, ed il peduncolo legato. Quest'ultimo era grosso quattro pollici, e legato ad una tenta posta trasversalmente, per tenerlo all' esterno. Ferita riunita con quattro suture profonde, e cinque interrotte.	Guarì.	Eccettuato un attacco di peritonite, pel quale fu salassata, nulla sopraggiunse per ritardare la sua guarigione, ed il 25 Marzo lasciò Londra per la campagna bene del tutto, e tale continuò fino ad oggi.

N. dei casi.	Data dell' operazione.	Nome ed età della paziente.	Durata e progresso della malattia, e condizione della paziente durante l'operazione.	Anestetici usati.	Lunghezza dell'incisione	Aderenze.	Natura del tumore.
9	6 Aprile 1854	Sig. R., età 37	Maritata. Due figli. Poco dopo un violento dolore al ventre due anni fa, si formò un tumore ovarico. Giammai punta. Salute buona.	Cloroforme.	Tre pollici e mezz.	Deboli anteriormente, ma forti superiormente, ed ai lati.	Multiloculare. Conteneva tre ciocche di capelli, e molte escrescenze a cavolfiore.
10	29 Settembre 1852	Sig. C., età 31	Nel 1851 fu scoperto un tumore del volume di un arancio, che rapidamente crebbe di volume. Punta, il 18 Settembre 1852, ed evacuate diverse cisti. Salute buona.	Cloroforme.	Tre pollici.	Poche, e deboli.	Multiloculare.
11	7 Marzo 1856	Sig. C., età 30	Tumore cresciuto gradatamente in quattro anni. Due cisti punte nel Gennajo 1856. Una terza formata nella pelvi.	Cloroforme.	Tre pollici.	Nessuna.	Multiloculare.
12	29 Ottobre 1858	L. P., età 20	Maritata. Non figli. Due anni fa, subito dopo il matrimonio, s'accorse di un ingrossamento dell' addome. Nel Marzo 1858, ebbe un attacco di peritonite, per la quale rimase indebolita. Sotto l'uso del ferro, e del chinino, in gran parte ricuperò la sua salute prima dell' operazione.	Cloroforme.	Dall' ombelico al pube.	Non molto numerose, principalmente al destro lato e in basso.	Composto di molte cisti contenenti un fluido molto albuminoso.
13	25 Ottobre 1858	A. P., età 26	Nubile. Gonfiezza rimarcata diciotto mesi fa; gran nausea, vomito, e salute affranta; emottisi ad intervalli.	Cloroforme.	Da cinque a sei pollici.	Nessuna.	Multiloculare, immensa agglomerazione di piccole cisti

Peduncolo dentro, o fuori dell' addome.	Processo ed accidenti durante l'operazione.	Esito.	Osservazioni.
Fuori, legato ad una sonda.	Dopo una prima incisione, evacuata ventuna pinte di fluido. Tutte le aderenze lacerate in venti minuti, dopo difficile manovra. Il peduncolo grosso quattro pollici, legato in quattro porzioni, e ritenuto all'esterno da una sonda come nel caso precedente. Ferita chiusa da quattro suture profonde, e due superficiali.	Morì.	Ebbe molta nausea, e vomito che persistè; essa improvvisamente si prostrò, e morì il 15. Un'immensa quantità di materia sanio-purulenta si trovò nella pelvi. Omento grosso ed indurito. Traccia di antica infiammazione, ed aderenza di parti nell'addome. Cuore flacido ed adiposo. Polmoni congestionati.
Fuori, col mezzo di una sonda.	Dopo una prima incisione la prima cisti fu vuotata, e successivamente otto altre, quindi la massa fu estratta. Peduncolo legato in tre porzioni, e ritenuto esternamente alla ferita con una sonda.	Morì.	Nel giorno appresso leggiera peritonite, alleviata col salasso. Peggiorò rapidamente nella sera, dopo evacuati gli intestini, e morì trentadue ore dopo l'operazione.
Dentro.	Otto pinte di fluido estratte dopo la prima incisione. Peduncolo legato in due porzioni, rimandato nell'addome, e la legatura ritenuta all'esterno.	Morì.	Giammai sembrò riaversi interamente dall'operazione, e gradatamente si prostrò per la scossa ricevuta, e morì il 9 Marzo. Intestini, ed utero injettati. Siero e pus nella pelvi. Pus e sangue commisti nel fegato.
Fuori col *clamp*.	La prima incisione essendo fatta, il tumore fu preso colla pinzetta dentata, ed infisso il trequarti, sortì grande quantità di fluido molto albuminoso. Il peduncolo, lungo e sottile, fu stretto con un *clamp*, e la ferita chiusa con suture in filo di ferro.	Guarì.	Guarì presto e bene. Il 27 Ottobre fu rimosso il *clamp*, ed un mese dopo l'operazione partì perfettamente bene. La vidi nel 1863 in ottima salute. Al periodo mestruale, la cute sopra il peduncolo rompevasi, ed avevasi uno scolo vicario durante il periodo: ma tosto dopo la ferita cicatrizzavasi.
Fuori, mediante il *clamp*.	Dopo una prima incisione, escì molto fluido ascitico. Punta una massa di cisti, ma poco fluido cistico estratto. Pareti della cisti molto friabili. Peduncolo stretto dal *clamp*, ferita chiusa da suture in ferro.	Guarì.	Essa progredì, senza un solo cattivo sintomo. Il *clamp* levato il 30 Ottobre, ed in sei settimane era perfettamente bene.

N. dei casi.	Data dell' operazione.	Nome ed età della paziente.	Durata e progresso della malattia, e condizione della paziente durante l'operazione.	Anestetici usati.	Lunghezza dell'incisione	Aderenze.	Natura del tumore.
14	10 Febbrajo 1859	Sig. N., età 21	Nubile. Nel suo diciassettesimo anno soffrì di dolore nell'addome, che ricorreva periodicamente; nel 1849 si potè sentire un tumore nella regione ipogastrica destra. Non fu giammai mestruata. Salute generale molto deperita; insisteva per l'operazione.	Cloroforme.	Sei pollici.	Non molte, ma alcune connesse coll'omento, che furono distrutte.	Dipendente dalla destra ovaja. Grande quantità di materia solida, contenente molte ciocche di capelli miste a materia densa steatomatosa. Nel centro della cisti eravi grosso pezzo d'osso, contenente molti denti perfetti.
15	24 Febbrajo 1859	Sig. D., età 35	Ammessa nel Febbrajo 1859. Maritata; quattro figli. Quattro anni fa apparve un tumore al destro lato dell'addome, che in onta a tutte le cure crebbe di volume. Nell'Agosto 1858 fu punta, e quattro volte dopo, prima della sua ammissione. Fu grande bevitrice, ed assai sollecita per l'operazione.	Cloroforme.	Sette pollici.	Poche ma forti e grosse, una specialmente che si dirigeva al margine del fegato, e che fu legata.	Multiloculare della destra ovaja.
16	25 Febbrajo 1860	Sig. W., età 45	Maritata. Due figli. Circa cinque anni fa; dal retto e dalla vagina fu sentita una massa. Quattro anni fa punta, ed estratto un catino di fluido. Quattordici settimane dopo, punta di nuovo. Da un anno fa, fu punta ogni tre o quattro mesi, e d'allora ogni sette, od otto settimane. Ultimamente molto emaciata e debole.	Cloroforme.	Sei pollici.	Poche e deboli alla destra ovaja. A sinistra attaccata alla fascia pelvica.	Multiloculare delle due ovaje.

Peduncolo dentro, o fuori dell' addome.	Processo ed accidenti durante l'operazione.	Esito.	Osservazioni.
Fuori, mediante il *clamp*.	Dopo la prima incisione, il tumore era punto, ed estratte dieci pinte di fluido denso steatomatoso, misto a sostanza densa e grassosa, che ostruiva la cannula. Quando il tumore fu estratto, trascinò dietro a sè l'utero. Il *clamp* fu applicato, ed il tumore separato, ed allora l'utero ricadde nella sua posizione naturale.	Morì.	La mattina dopo l'operazione il suo polso era a 100, ed essa ebbe a tratti dei dolori nell'addome, che era molto timpanitico. Alle 6 p. m. si prostrò nelle forze, e morì alle 10. 30 p. m., trenta ore dopo l'operazione. All'autopsia l'omento si trovò injettato, scolorato, ed ingrossato; Il peritoneo parietale infiammato con chiazze scarlatte attorno l'incisione. Gli intestini tenui al sinistro lato leggermente agglutinati assieme. Il fegato adeso al diaframma, per vecchie aderenze. Reni sani; cuore piccolo, e molto sottile al destro lato, appena un ottavo di pollice. Polmoni sani, la bocca dell'utero ammetteva una sonda per circa un pollice. Collo dell'utero situato un pollice distante dal corpo, essendo semplicemente riuniti da una striscia membranosa impervia. Mammelle bene sviluppate.
Fuori, mediante il *clamp*.	Dopo fatta la prima incisione escirono quarantacinque pinte di fluido ascitico, indipendentemente dal fluido contenuto nel tumore stesso. Il peduncolo fu stretto dal *clamp* e la ferita chiusa con suture in filo di ferro.	Morì.	Il 26 Febbrajo vi fu della nausea, il 27 vomito incessante; continuò a peggiorare, e morì il 2 Marzo, sei giorni dopo l'operazione. Autopsia. — Ferita cicatrizzata, gli intestini adesi fra loro per linfa, il peritoneo molto infiammato. Il fegato assai pallido e friabile. I reni ingrossati e congestionati. Mestruazione incominciata.
Fuori, mediante il *clamp*, il secondo peduncolo essendo stato legato ad una delle branche dell'istromento.	Dopo una prima incisione, escirono parecchie pinte di fluido ascitico. Escrescenza a cavolfiore, attaccata ad una grande massa di cellule della destra ovaja; peduncolo stretto dal *clamp*, e tagliato. Altra massa al sinistro lato del ventre, del volume d'una testa di feto, *écraseur* usato per dividere le aderenze, dovendosi suucleare una massa cistica della sinistra ovaja dalla fascia pelvica. Peduncolo legato con cordoncino, ed attaccato ad una delle branche del *clamp*. Ferita chiusa con suture in ferro.	Guarì.	Progredì in bene sollecitamente; il *clamp* rimosso al settimo giorno; all'undecimo evacuazione alvina, ed al quattordicesimo collocata in un sofà. Essa ora mantiensi tutt'affatto bene.

N. dei casi.	Data dell' operazione.	Nome ed età della paziente.	Durata e progresso della malattia, e condizione della paziente durante l' operazione.	Anestetici usati.	Lunghezza dell'incisione	Aderenze.	Natura del tumore.
17	Aprile 1859	Sig. D., età 35	Nubile. Addome ingrossato in due anni. Fluttuazione oscura, e senso di irregolarità lobulari.	Cloroforme.	Cinque pollici.	Forte al colon, ed alla vescica.	Multiloculare.
18	16 Maggio 1859	Sig. F., età 27	Nubile. Ventre grosso, cresciuto a gradi in tre anni. Varj attacchi di peritonite. Salute molto indebolita.	Cloroforme.	Quattro pollici.	Molto leggiere.	Multiloculare.
19	8 Luglio 1859	Sig. M., età 32	Nubile. Ingrossamento del ventre rimarcato quattro anni fa, che gradatamente aumentò. Molto dimagrita verso le spalle.	Cloroforme.	Quattro pollici.	Poche e forti.	Multiloculare.
20	19 Luglio 1859	Sig. W., età 32	Maritata. Un figlio. Tumore sentito nel ventre dopo il parto tre anni fa. Incremento rapido dall'ultimo anno. Punta nel Marzo 1859, ed estratte trentadue pinte. Dimagriva assai.	Cloroforme.	Sei pollici.	Molto forti.	Multiloculare.
21	5 Decembre 1859	E. N., età 25	Nubile. Ammessa il 1 Novembre 1859. Aumentata lentamente in volume per qualche tempo, ma non vi pose attenzione che sei settimane fa; in cui essa s'ingrossò rapidamente. Punta il 3 Novembre, ed estratte cinque pinte di un fluido denso e scuro. Cisti tosto riempita di nuovo. Salute generale buona.	Cloroforme.	Quattro pollici.	Leggiere e facilmente lacerabili.	Multiloculare della destra ovaja.
22	22 Marzo 1860	I. B., età 18	Nubile. Ammessa nel Febbrajo 1860. Nel Giugno 1859 per la prima volta s'accorse di un tumore al destro lato. Ebbe quindi un attacco di peritonite. Essa dopo rapidamente s'ingrossò. La salute generale non buona; emaciata. Migliorò sotto la cura preliminare.	Cloroforme.	Cinque pollici.	Molto deboli.	Multiloculare della destra ovaja.

Peduncolo dentro, o fuori dell' addome.	Processo ed accidenti durante l' operazione.	Esito.	Osservazioni.
Fuori, mediante il *clamp*.	Dopo una prima incisione, evacuata buona quantità di fluido ascitico. Quindi punta la cisti. Peduncolo assicurato col *clamp*. Ferita chiusa con suture in ferro.	Morì.	Morì in cinquantadue ore per violenta peritonite. L' insaccatura retto-vaginale conteneva buona quantità di siero sanguinolento.
Fuori, mediante il *clamp*.	Dopo una prima incisione, tre cisti furono punte, e la massa estratta fuori. Peduncolo assicurato col *clamp*, e ferita chiusa con suture in ferro.	Morì.	Procedè molto bene fino al sesto giorno, quando sopraggiunse dirarea, ed essa morì per esaurimento al settimo giorno.
Fuori, mediante il *clamp*.	Cisti punta, e la massa facilmente estratta fuori. Peduncolo assicurato dal *clamp*; qualche emorragia da una striscia di aderenze, fermata dividendo la porzione sanguinante con l'*écraseur*. Ferita chiusa con suture in ferro.	Morì.	Vomito violento, non alleviato. 11 Luglio molta timpanite, e febbre forte. Mestruazione, il 13 si prostrò gradatamente, e morì il 17 Luglio.
Fuori, mediante il *clamp*.	Sortito molto fluido ascitico; una grande cisti punta, e quindi un'altra, e la massa estratta fuori. Peduncolo lungo e sottile, stretto dal *clamp*. Ferita chiusa con suture in ferro. Due vasi legati nelle rotte aderenze.	Morì.	Sopravvenne peritonite, che procedeva rapida, e morì nella mattina dopo. Peritoneo parietale trovato molto infiammato, e considerevole effusione nella sua cavità.
Fuori, mediante il *clamp*.	Essendo fatta la prima incisione, il tumore fu punto in diversi luoghi, ed estratto. Il peduncolo, che era grosso e corto, fu stretto da un *clamp*. I margini della ferita riuniti con suture in filo di ferro.	Guarì.	Due ore dopo l'operazione, si sviluppò peritonite, che cedè ad un moderato salasso, ed all'oppio col calomelano. All'8° giorno il *clamp* fu levato. Al 12° i margini della ferita sembrarono mortificati; rimosse le suture. Al 16° gran dolore alla pelvi e smania. Al 17° uno sgorgo subitaneo di una pinta di pus per la vagina, dopo di che rapidamente guarì.
Dentro.	Fatta la prima incisione il tumore fu punto ed estratto. Fu applicato il *clamp*, e separato il tumore; quindi fu circondato il peduncolo da un doppio cordoncino, e stretto fortemente. Ora il *clamp* fu rimosso, ed il peduncolo rientrò nell' addome. Ferita chiusa con suture in ferro.	Guarì.	Dopo l'operazione fu dato l'oppio secondo il bisogno. Essa procedè senz' alcun sintomo sfavorevole. Il 28, vuotato l' intestino; le suture levate il 31, e la legatura sul peduncolo caduta il 5 Aprile. Un piccolo ascesso si formò nel tragitto di una delle suture, che diede dell'incomodo: però essa lasciò la casa il 17 Maggio perfettamente guarita.

N. dei casi.	Data dell' operazione.	Nome ed età della paziente.	Durata e progresso della malattia, e condizione della paziente durante l' operazione.	Anestetici usati.	Lunghezza dell'incisione	Aderenze.	Natura del tumore.
23	Aprile 1860	Sig. B., età 35	Maritata. Ventre ingrossato da alcuni anni (dice tre) ed ultimamente punta molte volte, ad intervalli gradatamente diminuenti. Dimagrita assai, salute cattiva.	Cloroforme.	Cinque pollici.	Debole all'omento, forte nella pelvi.	Uniloculare.
24	17 Luglio 1860	Sig. P., età 43	Maritata; senza figli. Graduato aumento del ventre per due anni. Punta nel Settembre 1859, ed estratti tre galloni di fluido; di nuovo dopo dieci settimane, quindi dopo sei, dopo otto, successivamente dopo altre otto, e di nuovo dopo cinque settimane. Punta sei settimane fa; emaciazione estrema. Poca probabilità di successo, ma essa reclama l'operazione.	Cloroforme.	Otto pollici.	Molto forti all'omento, e nella pelvi.	Multiloculare.
25	1 Novembre 1860	Sig. B., età 31	Maritata. Ammessa il 15 Ottobre 1860. Un figlio. Quattro anni fa scoprì un tumore al destro lato dell' addome, che d' allora crebbe gradatamente, ma rapidamente sull' ultimo. Giammai punta. Salute generale buona.	Cloroforme.	Quattro pollici.	Molto forti a destra dell'utero. Una grossa striscia, larga otto pollici infossantesi entro la pelvi, attaccata alla vescica.	Multiloculare della destra ovaja.
26	27 Decembre 1860	N. L., età 48	Nubile. Ammessa il 10 Ottobre 1860. Dieci mesi fa ebbe tosse, dispnea, e sentì un tumore al destro lato del ventre, che quindi crebbe. Complessione lurida, ed aspetto di malattia maligna. Sotto la cura cambiò, e la sua salute migliorò.	Cloroforme.	Quattro pollici.	Nessuna.	Multiloculare.

Peduncolo dentro, o fuori dell' addome.	Processo ed accidenti durante l'operazione.	Esito.	Osservazioni.
Dentro.	Escì del fluido ascitico. Cisti vuotata col trequarti, e massa estratta. Peduncolo assicurato con doppio cordoncino, e rimandato nell' addome. Ferita chiusa con suture in ferro.	Morì.	Essa sembrò proceder bene per 24 ore, ma dopo rapidamente si prostrò, e morì apparentemente per esaurimento, nel secondo giorno.
Dentro.	Nel pungere la cisti principale, rimase un grosso volume di altre, che non potè essere diminuito dalle punture. Pertanto dilatata la prima incisione in alto, la massa estratta con qualche difficoltà pel suo volume. Peduncolo legato con doppia legatura, mediante cordoncino di canapa indiana. Ferita chiusa con suture in ferro.	Morì.	Morì in 24 ore per la scossa, ed esaurimento. Non furono trovati segni d'infiammazione dopo la morte. Eranvi presenti pochi e piccoli grumi di sangue, che probabilmente erano rimasti dopo l'operazione.
Dentro.	Dopo una prima incisione, il tumore fu punto, ed estratte quattordici pinte di fluido denso. Una parte della larga striscia adesiva divisa coll'*écraseur*: l'altra parte stretta da un *clamp*, e divisa col coltello. La tromba faloppiana accidentalmente lesa vicino all' utero, e come dava molto sangue fu legata con suture in argento ed abbandonata. Il peduncolo fu legato con cordoncino in tre parti, ed esso pure abbandonato nell' addome. La parte di aderenza stretta dal *clamp* fu tenuta fuori. Ferita chiusa da suture in ferro.	Guarì.	Non ebbe sintomi sfavorevoli; il 4 fu levato il *clamp*; l' 11 caddero le legature del peduncolo; ed il 10 Decembre partì perfettamente guarita.
Fuori, mediante il *clamp*.	Dopo una prima incisione, il tumore fu punto, ed estratte otto pinte di fluido verdastro. Il peduncolo era assai breve, e fu stretto da un *clamp*. La ferita fu chiusa con suture in ferro.	Guarì.	La paziente non ebbe sintomi sfavorevoli. Il 30 il *clamp* fu levato. In cinque settimane, dalla data dell' operazione, perfettamente bene.

N. dei casi.	Data dell' operazione.	Nome ed età della paziente.	Durata e progresso della malattia, e condizione della paziente durante l'operazione.	Anesteticì usati.	Lunghezza dell'incisione	Aderenze.	Natura del tumore.
27	27 Decembre 1860	M. M., età 46	Nubile. Ammessa il 7 Decembre. Due anni prima fecesi magra e debole; dolore al destro lato; piccola gonfiezza, che rapidamente s'ingrossò. Punta la prima volta un anno innanzi e quattro dopo; l'ultima sei settimane fa, ed estratte 34 pinte di fluido albuminoso. Salute generale non buona; emaciata; solito trattamento.	Cloroforme.	Sei pollici.	Numerose in tutte le direzioni.	Grande cisti con fluido, e numerose solide masse, rassomiglianti ad alveare, o cancro colloide formate di numerose cisti una dentro l'altra; destra ovaja.
28	2 Marzo 1861	Sig. W., età 48	Nubile. Ammessa il 1 Febbrajo. Un anno fa soffrì di spasimi nel ventre, ove per la prima volta rimarcò un tumore alla parte inferiore, il quale d'allora crebbe assai. Mestrui regolari fino al Settembre passato. Salute generale non buona. Ascite e tumore multiloculare.	Cloroforme nella prima parte dell'operazione.	Prima di due pollici, poi dilatata a sei.	Nessuna di qualche conseguenza.	Policistico dell'ovaja destra, e duro tumore fibroso della sinistra.
29	19 Settembre 1861	J. H., età 21	Nubile. Da due anni un tumore nell'addome, che crebbe a gradi. Punta un anno fa, e di nuovo nel Marzo p. — estratti 4 galloni. Salute generale buona	Cloroforme.	Da tre a quattro pollici.	Nessuna di qualche conseguenza.	Una cisti principale grossa, con altre più piccole.
30	24 Ottobre 1861	I. W., età 19	Nubile. Due anni fa gonfiezza al destro lato, che crebbe a gradi. Salute generale molto buona; giammai punta.	Cloroforme.	Da tre a quattro pollici.	Nessuna.	Multiloculare.
31	31 Ottobre 1861	C. S., età 46	Maritata. Tumore nel ventre di sei anni che sollecitamente aumentò; attribuito ad una caduta sopra una sedia. Punta una volta prima, ed una volta dopo la sua ammissione. Estratte 25 pinte di fluido bruno scuro. Aspetto triste, migliorato dopo la seconda puntura.	Cloroforme.	Quattro pollici.	Numerose. Una striscia robusta vicino al fegato fu legata.	Tumore composto di due cisti principali, con più piccole.

Peduncolo dentro, o fuori dell' addome.	Processo ed accidenti durante l' operazione.	Esito.	Osservazioni
Fuori, mediante il *clamp*.	In conseguenza di aderenze, la prima incisione penetrata nel tumore, ed escite ventidue pinte di fluido albuminoso. Molto sangue dalle rotte aderenze; ed in così larga superficie, che nulla patè farsi per fermarlo. Peduncolo rinchiuso nel *clamp*, e tumore separato. Ferita chiusa con suture in farro.	Morì.	Dopo l'operazione essa ebbe molto vomito per varie ore, e nulla lo fermava; sopraggiunsero sintomi di profonda peritonite, ed il 29 improvvisamente morì. Autopsia. — Traccie di peritonite in tutto l'addome, con molta linfa di fresco effusa: traccie di pus nei reni; parecchi grumi di sangue fra gli intestini. Polmone destro molto ingorgato, fegato ingrossato ed adiposo; milza ingrossata.
Fuori, mediante il *clamp*.	La prima incisione diede esito a fluido ascitico, ed a cisti idatiche. Colla mano si potè sentire una grande cisti, contenente fluido, e due grandi masse di cisti. La grande cisti fu punta, e quindi il tumore estratto. Il *clamp* applicato, ed il tumore separato. Il peduncolo del tumore attaccato all' altra ovaja fu legato in due porzioni con cordoncino tagliato via, ed abbandonato in cavità.	Guarì.	Era piuttosto esausta dopo l'operazione, e le fu dato del *brandy*, ma in seguito progredì favorevolmente. Il 4 rimosso il *clamp*. Il 10 cadde la legatura, ad incirca un mese dopo l'operazione essa partì del tutto bene, e quando la vidi alcuni mesi dopo la trovai ingrassata, ed in perfetta salute.
Fuori, mediante il *clamp*.	Fatta l' incisione la cisti fu punta, ed estratte diciasette pinte di fluido. Il peduncolo non era grosso, e fu stretto dal *clamp*. La ferita riunita con suture in argento.	Guarì.	Leggiera peritonite dopo l'operazione, *clamp* tevato il 22. Il 31 Ottobre partì del tutto bene.
Fuori, mediante il *clamp*.	Dopo fatta l' incisione la cisti fu punta, ed estratte quattordici pinte di fluido. Peduncolo stretto dal *clamp*, ferita chiusa da suture in argento.	Guarì	Vomito e sintomi di peritonite al 2° giorno; molto sollevata dai fomenti ed inalazioni di trementina. Tolto il *clamp* la sera del 27. Partì un mese dopo. Mantennesi sana e robusta.
Fuori, col *clamp*.	La prima incisione trapassò le pareti dell' addome che erano sottili, e nello stesso tempo aprì le cisti, e ne colarono undici pinte di fluido. Peduncolo stretto col *clamp*, ferita chiusa con fili in argento.	Guarì.	Soffrì molto dolore per flati durante due giorni dopo l'operazione; molto sollevata da fomentazioni ed inalazioni di trementina. Il 4 Novembre levato il *clamp*. Lasciò la *Casa* il 4 Decembre. Guarì perfettamente dell' operazione, ma non guadagnò forza presto, abusando della venere solitaria.

N. dei casi.	Data dell' operazione.	Nome ed età della paziente.	Durata e progresso della malattia, e condizione della paziente durante l'operazione.	Anestetici usati.	Lunghezza dell'incisione	Aderenze.	Natura del tumore.
32	31 Ottobre 1861	M. T., età 23	Nubile. Due anni fa rimarcò ingrossarsi nel ventre. Salute generale buona. Giammai punta.	Cloroforme.	Tre pollici.	Nessuna.	Una grossa cisti, le cui pareti tappezzate con migliaja di più piccole. Destra ovaja.
33	31 Ottobre 1861	M. A. M., età 50	Maritata. Senza figli. Ammessa il 14 Ottobre. Malata per tre anni, prima che alcuni mesi fa scoprisse un gonfiore nel ventre del volume di una testa di adulto. Salute generale non buona. Assai pressata per l'operezione.	Cloroforme.	Dall' ombellico al pube in seguito dilatata	Molto numerose, profonde nella pelvi, ed alla superficie anteriore dell' utero. Una anche al fegato, legata.	Inciso rassomigliava un alveare. Multiloculare.
34	1 Novembre 1861	S. D., età 27	Nubile. Ammessa il 15 Ottobre. Quindici mesi fa ricevette un pugno al destro lato. Nel Novembre del 1860, essa s'accorse che era più grossa dell'ordinario. Nel Giugno 1861 fu punta, ed anche il 24 Ottobre, e furono estratte ventitrè pinte. Molto emaciata; salute generale cattiva; ansiosa per l'operazione.	Cloroforme prima, e poi etere.	Sei pollici.	Numerose in tutte le direzioni; una larga al fegato.	Multiloculare della destra ovaja. Ventidue pinte estratte.
35	21 Novembre 1861	E. K. S., età 18	Nubile. Ammessa il 28 Ottobre. Tre o quattro mesi fa si accorse di una gonfiezza nel destro lato, che crebbe assai rapidamente. Salute generale non buona. Non mestruata per otto mesi. Migliorata sotto la cura.	Cloroforme.	Cinque pollici.	Numerose e forti in tutte le direzioni.	Multiloculare della sinistra ovaja.
36	21 Decembre 1861	Sig. T., età 53	Maritata. Cinque figli. Tumore dell'addome riconosciuto da principio come ovarico. Nel Febbrajo 1864 punta cinque volte; molto dimagrita; gambe edematose; salute cattiva.	Cloroforme.	Quattro pollici.	Nessuna.	Multiloculare della destra e sinistra ovaja.

Peduncolo dentro, o fuori dell' addome.	Processo ed accidenti durante l' operazione.	Esito.	Osservazioni.
Fuori, col *clamp*.	Dapo una prima incisione la cisti fu punta, ed estratte ventitre pinte di fluido chiaro. Peduncolo stretto dal *clamp*, ferita riunita con cinque suture in argento.	Guarì.	Ebbe solo un grano di oppio dopo l'operazione; il 22 Novembre la ferita era cicatrizzata; ed il 4 Decembre lasciò la *Casa* in salute ed in forza.
Fuori, col *clamp*.	Dopo una prima incisione, cinque pinte di fluido albuminoso escirono da differenti cisti. Tumore modellato alla pelvi; difficile da estrarsi per le aderenze. Quelle attaccate all' utero divise e legate in quattro parti. Il peduncolo grosso, e stretto dal *clamp*. Varj grossi vasi legati, e ferita chiusa con undici suture in argento.	Morì.	Ebbe tre grani d'oppio, ma giammai si riebbe, e venne meno quarant'ore dopo l' operazione. L' autopsia mostrò parziale peritonite; il peduncolo coperto di grumi, e del sangue nel peritoneo. Nulla trovato sufficiente per spiegare la morte. Evidentemente ebbe luogo per la scossa dell'operazione.
Fuori, col *clamp*.	La prima incisione penetrò nel tumore a motivo delle aderenze. Una larga striscia fu legata e divisa. Peduncolo grosso e serrato dal *clamp*. Poco sangue dalle aderenze. Ferita chiusa con suture in argento.	Guarì.	Non ebbe dolore dopo l'operazione, nè prese alcun grano d'oppio. Il 17, levato il *clamp*; il 24, tolte le suture, ed il 17 Decembre essa partì perfettamente ristabilita sotto ogni rapporto.
Fuori, col *clamp*.	Operazione difficile per le forti aderenze. Nel separare il peduncolo, una parte del corpo dell'utero era inciso, e sanguinava abbondantemente; ma era fermato da sei suture in argento, tagliate vicino all' unione, ed abbandonate. Peduncolo stretto dal *clamp*, e ferita chiusa da suture in argento.	Guarì.	Essa raggiunse una bella guarigione. Il 24 fu levato il *clamp*. Il 27 fu mestruata, per la prima volta dopo nove mesi; ed il 23 Decembre partì perfettamente bene. Fu di nuovo mestruata lasciata la *Casa*.
Fuori con due *clamp* uno a ciascun peduncolo.	Dopo una prima incisione, e puntura della cisti, questa venne rimossa. La destra ovaja era pure trovata egualmente malata. Separati *clamp* applicati a ciascuna. Considerevole quantità di fluido nel peritoneo durante l'operazione. Ferita chiusa con suture in argento.	Guarì.	Ebbe un grano doppio dopo l'operazione. Un *clamp* rimosso il 22, l' altro il 23. Nessun sintomo contrario si presentò; ed alla fine di Gennaio, l'operata se ne tornava a casa senza inconvenienti.

N. dei casi.	Data dell' operazione.	Nome ed età della paziente.	Durata e progresso della malattia, e condizione della paziente durante l' operazione.	Anestetici usati.	Lunghezza dell'incisione	Aderenze.	Natura del tumore.
37	2 Gennajo 1862	E. H., età 56	Maritata. Sei figli. Ammessa il 7 Novembre. Due anni e mezzo fa s'accorse di un tumore al destro lato, il quale aumentò gradatamente. Punta una volta otto mesi fa. Salute molto deperita. Punta due volte nella *Casa*. La salute migliorò d'assai. Impaziente per l'operazione.	Cloroforme.	Cinque pollici.	Alcune anteriormente facilmente rotte.	Multiloculare. Alcune cisti dentro; le più grandi erano in suppurazione.
38	9 Gennajo 1862	Sig. D., età 30	Maritata. Tre figli. Ammessa il 7 Decembre. L'ultimo figlio nato dodici mesi fa; però due anni or sono, essa si accorse di un ingrossamento del ventre, e ciò tre mesi prima di essere gravida. Il parto fu naturale; ma fu seguito da un fiero attacco di peritonite. Salute buona fino a questi ultimi tempi; soffriva di dolore dopo il cibo, di flatulenze, e d'insonnio. Dopo la sua ammissione forte dolore durante la notte. L'11 Decembre punta, ed estratte trenta pinte di fluido; dopo ciò la sua salute migliorò.	Cloroforme da prima e quindi etere.	Sei pollici.	Numerose in tutte le direzioni. Alcune si dovettero tagliare e nel far ciò sembravano cartilagine. Tutto l'omento aderente al tumore.	Una grande cisti madre, racchiudente delle masse di più piccole, alcune in progresso di suppurazione.
39	9 Gennajo 1862	Sig. D. R., età 55	Maritata. Non figli. Ammessa il 6 Gennajo. Buona salute fino a due anni fa, quando essa s'accorse d'un ingrossamento dell'addome che d'allora molto aumentò in volume. Nell' Ottobre 1860, punta per la prima volta, ed estratte diciasette pinte di fluido. Punta due volte dopo, con aumento di fluido. Salute generale buona. Era ansiosa per l'operazione.	Cloroforme solo in principio.	Tre pollici.	Nessuna.	Una grande cisti, contenente delle più piccole, ed una massa grossa come un uovo di Oca, piena di cisti; destra ovaja.

Peduncolo dentro, o fuori dell' addome.	Processo ed accidenti durante l'operazione.	Esito.	Osservazioni.
Fuori, col *clamp*.	Si dovè dilatare la prima incisione, a motivo della grande quantità di materia solida. Peduncolo lungo e sottile e stretto dal *clamp*. Ferita chiusa da quattordici suture in argento, le pareti dell'addome essendo molto sottili.	Guarì.	Essa guarì con molta prontezza; il *clamp* fu levato la mattina dopo l'operazione. Il 12 la ferita era del tutto cicatrizzata; ed essa lasciò la *Casa* in buona salute in meno di un mese dopo l'operazione.
Fuori, col *clamp*.	La prima incisione di quattro pollici dovette essere dilatata fino a sei, per le grandi aderenze. Tumore punto in diversi luoghi; estratte solo otto pinte e mezzo di fluido L' omento fu legato e diviso, e la superficie tagliata portata in contrapposizione delle pareti addominali, nella speranza di farvela aderire, la legatura essendo fermata ad un pezzo di legno fuori dell'addome. Peduncolo stretto dal *clamp*. Ferita chiusa da suture in argento.	Morì.	Durante le prime quarantott'ore; segni di profonda peritonite, polso a 120; vomito costante; e per molte ore fu nutrita soltanto per il retto. Essa superò questo stato, ma la diarrea si manifestò il 17 Decembre, e non potè essere frenata. Visse fino il 27, quando si prostrò nelle forze, ed uno scarico di pus ebbe luogo dal retto poche ore innanzi la morte. Autopsia. - Ferita perfettamente cicatrizzata; omento aderente alle pareti; un grande ascesso pelvico era in connessione con il retto, ed una massa scirrosa attaccata al duodeno, ed ulcerata nelle sue pareti. Intestini agglutinati assieme da linfa.
Fuori, col *clamp*.	Niente di particolare. Estratte dieci pinte di fluido. Il peduncolo stretto dal *clamp*, e la ferita chiusa da suture in argento.	Morì.	Proseguì meravigliosamente bene fino alla sera del 14, quando si stabilì una diarrea, che continuò fino alla mattina del 16, in cui il polso divenne intermittente, e fredde le estremità; essa morì il 17 alle 10 a. m., in onta ad enormi quantità di stimolanti. Autopsia. - Linfa esistente fra gl'intestini, ma non abbastanza per spiegare la morte. Adiposo il sinistro rene; cuore dilatato e flacido, le pareti, specialmente delle orecchiette, molto sottili, e presso a poco della grossezza d'una cialda. I visceri del torace tutti aderenti, ed il pericardio pure aderente al cuore.

N. dei casi.	Data dell' operazione.	Nome ed età della paziente.	Durata e progresso della malattia, e condizione della paziente durante l'operazione.	Anestetici usati.	Lunghezza dell'incisione	Aderenze.	Natura del tumore.
40	20 Marzo 1862	Sig. R., età 49	Maritata da vent' anni. Sei figli. Otto settimane fa, per la prima volta s'accorse d'una gonfiezza al ventre. La salute fu sempre buona fino alle ultime sei settimane.	Cloroforme.	Sei pollici.	Nessuna.	Assai multiloculare.
41	20 Marzo 1862	Sig. E.H., età 29	Maritata. Senza figli. Salute buona fino a tre anni fa, in cui ebbe a soffrirne. Quindici mesi fa cominciò ad ingrossarsi nel ventre. Punta sette settimane a questa parte, ed estratte ventidue pinte; di nuovo or sono cinque settimane, ed evacuate quattordici pinte.	Cloroforme.	Sette pollici.	Numerose in tutte le direzioni, e molto estese.	Multiloculare.
42	17 Aprile 1862	Sig. J. T., età 30	Maritata. Tre figli, l'ultimo ha otto mesi. Quattro mesi prima che questi nascesse, fu presa da un dolore improvviso al sinistro lato. Due mesi dopo il parto scoperta una durezza al sinistro lato, che d'allora aumentò. Salute, ed umore molto buoni, però è dimagrita. Fino dalla nascita del primo figlio ebbe prolasso d'utero.	Cloroforme.	Cinque pollici.	Una larga aderenza della parte superiore all'omento.	Multiloculare.

Peduncolo dentro, o fuori dell' addome.	Processo ed accidenti durante l' operazione.	Esito.	Osservazioni.
Fuori, col *clamp*.	Estratte nove pinte di fluido, mediante il trequarti, dalle cisti più grandi, le quali erano numerose. Peduncolo stretto dal *clamp*, e ferita chiusa da suture in argento. Quest'ultimo tempo fu praticato con diligenza dacchè gl'intestini e l' omento persistentemente tendevano a protrudere.	Morì.	Eccettuata una diarrea biliosa, essa proseguì bene fino al 29, in cui nella sera, essa improvvisamente si depresse, e morì il 30. Autopsia. Si trovò generale peritonite, con copiosa effusione purulenta; il cuore flacido e molle, con un grumo fibrinoso bianco nel sinistro ventricolo
Fuori, mediante quattro *clamp*.	Aderenze facilmente lacerate anteriormente; oltre a queste, tutto l' omento era aderente alla massa. Fu legato con filo d'argento, e quindi diviso. Cisti punta in diversi luoghi, ed estratte solo sedici pinte. Ansa d' intestino aderente per sei pollici, sopra e dietro, che fu separata. Larga striscia che lega il tumore, ed il peduncolo al sacro, ed anche ad un lato, ed al fondo dell' utero. Tutto questo stretto da quattro *clamp*. Ferita chiusa con suture in argento.	Guarì.	Un poco di vomito, e dolore al dorso. Il 22 smania; levati tutti i *clamp*. Il 24 nausea e vomito di molta bile. Il 29 le fu accordata una cotoletta di montone e del *champagne*.
Fuori, col *clamp*.	La prima incisione fu di tre pollici, in seguito dilatata superiormente fino a cinque. L' aderenza all' omento fu legata con filo in argento, e quindi tagliata, dimodochè non ebbesi emorragia, Ventre ripieno di un fluido ovarico bruno. Tre grandi cisti punte durante l'operazione; peduncolo stretto dal *clamp*, e ferita chiusa con suture in argento.	Guarì.	Non ebbe vomito dopo l' operazione, ma ebbe un po' di dolore nella sera. Il 18 tolto il *clamp*. Eccettuato un poco di dolore, e di vomito per tre o quattro giorni; dal 19, al 23, progredì favorevolmente. La ferita cicatrizzata intieramente il 26.

NOTE

ED AGGIUNTE DEL TRADUTTORE

(1) *Varie denominazioni dell'Idrope Ovarico.* — L'Idrope Ovarico riscosse varie denominazioni: così mentre il Baker Brown lo chiama anche *Idrope cistico d'ovaja*, dal Velpeau fu detto *Cisti idropica*, dal Vidal (de Cassis) *Cisti dell'Ovaja*, dal Nèlaton *Idropisia cistica*, e dal Labalbary *Idrovaria.* (*De Kystes de l'Ovaire, et de l'Ovariotomie — par le Dr. Labalbary: Paris* 1862.)

(2) *Non sempre una Cisti Multiloculare sorge da una Ovaja.* — » Si è « creduto generalmente, che l'idrope ovarico uniloculare semplice fosse » quasi peculiare alla tromba faloppiana: di modo che la cisti uniloculare, » nascesse dalla tromba, mentre se era multiloculare, nascesse dall'ovaja. » Fino a pochi giorni fa, ho creduto che questa fosse una legge patologi- » ca conforme a verità; ma alla detta epoca assistetti il mio amico Sig. De » Meric, all'Ospitale Germanico, nell'estirpazione d'una grande massa mul- » tiloculare, la quale era certamente sconnessa dall'ovaja. Il tumore era » composto di centinaja di cisti, e sorgeva dal legamento largo. » (*Letture Cliniche sopra alcune Malattie delle Donne, rimediabili mediante l'operazione, per I. Baker Brown. The Lancet,* 13 *Febbrajo,* 1864.)

(3) *Una Cisti Ovarica può innalzarsi fino alla milza, ed aderirvi.* — Nel caso che forma il soggetto dell'Ovariotomia praticata dal Traduttore, la cisti ovarica raggiunse il margine anteriore — inferiore della milza, e vi contrasse aderenze, che furono separate all'atto dell'operazione.

(4) *Segno di aderenze, dello Scanzoni.* — Lo Scanzoni dà per segno costante dell'esistenza di aderenze, un rumore di *soffregamento* (*bruit de frottement*), che si ottiene mediante l'ascoltazione dell'addome, e questo si sente in alcuni punti della sua parete anteriore nel momento che l'inferma cambia di posizione. L'Herrera Vegas dice, che questo rumore si può qualche volta sentire, ponendo semplicemente la mano nel luogo ove può prodursi. (*Étude sur les Kystes de l'Ovaire, et l'Ovariotomie, par Raphael Herrera Vegas, Paris* 1864.)

(5) *Sulla Diagnosi de' tumori ovarici di natura maligna.* — Nacque discussione in seno della *Società Ostetrica di Londra* (*The Lancet* 1864) sul modo di stabilire prima dell'operazione, se l'alterazione ovarica sia, o no, di natura maligna. Il Presidente fece considerare, che *nei casi di dubbia diagnosi era prudente di praticare la paracentesi del tumore, come preliminare all'operazione.* A questa proposizione rispondeva il Tyler Smith col dire, che senza la paracentesi del tumore, egli già aveva dubitato della natura maligna di un tumore multiloculare *colloide* da esso lui estirpato,

per un'*enorme edemazia della parete addominale*, che egli ritiene sia stato notato in altri identici casi. Il Graily Hewitt, e lo Spencer Wells, obbiettarono a questo segno diagnostico; e quest'ultimo celebre ovariotomista assicurò di non aver mai osservato l'edemazia delle pareti addominali maggiore nei casi di natura maligna, di quelli che nol sono. Egli dice di essere sempre riuscito a diagnosticare un cancro entro all'addome senza operazione. — In due casi di cancro d'ovaja, uno della sinistra, ed uno di ambedue, con grande quantità di fluido ascitico, la diagnosi fu messa in evidenza dalla *paracentesi* preliminare suggerita dal Presidente. — Veramente l'edemazia delle pareti addominali, sulla quale tanto si fonda il Tyler Smith, non può essere riguardata, quale un segno di grande importanza, dacchè osservasi anche in casi di cisti di non maligna natura.

(6) *Tumori Fibrosi simulanti l'idrope ovarico.* — » Non ha dubbio, » dice il Baker Brown, « che esclusa la gravidanza, la successiva condizione » simulante un Idrope Ovarico è il tumore Fibroso dell'utero. Non meno di » tre casi di questa natura sono stati ammessi nella *Casa Chirurgica* e tutti » molto istruttivi. » Questi tre casi vengono quì riferiti in transunto. —

Caso I. Una vedova, di 45 anni, è ammessa il 22 Ottobre 1860. Nove mesi innanzi rimarcò un piccolo tumore al destro lato dell'addome del volume d'un uovo, il quale crebbe in modo, che all'epoca della sua ammissione presentava il volume di una gravidanza di sei mesi. Fu diagnosticato un tumore delle pareti dell'utero, e di uno esterno al suo fondo. Al 17 Decembre il tumore esterno s'era ingrossato, e presentava oscura fluttuazione. Praticata il 29 Gennajo 1861 un'*incisione d'esplorazione*, fu scoperto un grande tumore fibro-cellulare, che completamente riempiva la pelvi, ed era quasi immobile. Praticata una incisione profondamente nel tumore, si venne in chiaro, che era costituito da una congerie di vasi sanguiferi, dai quali sgorgava abbondantemente il sangue. Questa incisione fu riunita con tre suture in argento, e la ferita chiusa nella guisa ordinaria. La paziente si ristabilì.

Caso II. Una donna nubile, di anni 45, fu ammessa il 6 Maggio 1862. Tumore al destro lato della durata di sei anni. All'esame fu diagnosticato di un piccolo tumore ovarico, e di altro tumore nascente sopra il pube quasi fosse un utero ingrossato. Il 15 Maggio fu fatta un'*incisione d'esplorazione*. Tre o quattro pinte di fluido escirono da una cisti lacerata. Era quindi scoperta una solida massa fibrosa legata in basso da aderenze così valide, che non potè esserne rimossa. Un pezzo di cisti venne esciso da ogni lato, e la ferita chiusa come al solito. Morì l'8 Giugno per febbre d'infezione. In questo caso v'era una cisti sopra un tumore fibroso, e le sue pareti erano formate dal peritoneo, e furono quelle, che vennero lacerate nel praticare l'incisione d'esplorazione.

Caso III. In questo si trattò di un tumore fibroso associato a gravidanza, e simulante un idrope ovarico. Maritata la paziente da sette anni, ebbe due aborti. Dall'epoca del suo matrimonio soffrì d'irregolarità nella mestruazione — 3 Febbrajo 1863. — Diciotto mesi innanzi soffrì acuto dolore all'inguine sinistro, e dopo sei mesi apparve nella regione ovarica destra un piccolo tumore duro. Questo tumore aumentò gradatamente, e divenne centrale. La mestruazione si fece sempre più irregolare, per mancare del tutto nel Novembre scorso. L'addome era riempito da un tumore più voluminoso

di una gravidanza a termine. Questo tumore presentavasi irregolare nel suo contorno, con due sporgenze alla parte superiore, ed in alcuni luoghi oscuramente fluttuante. Per la deviazione della bocca dell'utero dietro il pube non fu possibile introdurre la sonda. Stante la incertezza del caso fu praticata un'*incisione d'esplorazione* il 26 detto. Aperta la cavità dell'addome, si presentò il tumore molto vascolare, e colle apparenze più di un tumore fibroso, che di uno cistico d'ovaja. Per assicurarsene, vi fu infisso un trequarti, ma non altro che un poco di sangue escì dalla cannula. Tanto la puntura che l'incisione furono chiuse con suture in filo d'argento. — L'operata procedè bene fino al 3 Marzo, quando ebbe un marcato accesso di freddo, susseguito da infiammazione acuta di tutti i tessuti dell'occhio destro. I fenomeni morbosi crebbero fino al 15, in che estremamente prostrata, diede alla luce un feto di quattro o cinque mesi. Morì dessa il 17. Coll'Autopsia si vide la ferita disunita, e di cattivo aspetto. Fu trovato nella cavità dell'addome circa un *quarto* di materia purulenta. Il tumore era aderente ai due lati della fascia pelvica, ed al fegato per due pollici quadrati. Rimosso dal suo posto, mostrossi del volume circa d'un recipiente di due galloni, levigato e regolare nella sua superficie, salvo due piccole appendici, ciascuna del volume di un pugno. Era di natura fibroso. Un ulteriore esame mostrò, che il tumore impegnava tutto il sinistro lato dell'utero. Il feto aveva occupato il destro lato, e tenne una posizione paralella al tumore stesso: di guisa che, durante la vita, una metà della massa fu tumore, l'altra metà fu feto. Le pareti della porzione che aveva contenuto il feto, non erano affatto contratte. Si riscontrarono depositi purulenti nei reni e nel fegato. (*Letture Cliniche sopra alcune Malattie delle Donne sanabili mediante l'operazione, per I. Baker Brown. The Lancet*, 3 *Febbrajo* 1864.)

(7) *Incisione d'esplorazione.* — Gli Ovariotomisti oggigiorno nei *casi di dubbia diagnosi*, e specialmente in quelli, ne' quali evvi a sospettare di tumore fibroso, o di fibro-cistico, di cui inoltre non si possa stabilire con esattezza l'estensione precisa, ed il grado d'aderenza, praticano un'*incisione d'esplorazione*, qual mezzo diagnostico. Essi tanto più facilmente si determinano a questa sezione, dacchè l'esperienza ha loro dimostrato essere dessa di rado susseguita da conseguenze gravi, e tanto meno dalla morte. L'incisione d'esplorazione, essendo una sezione che si pratica all'addome, può con proprietà di linguaggio venir chiamata — *Gastrotomia d'esplorazione.* Il luogo di elezione è la metà circa della linea alba, la lunghezza dai Centimetri 5 1/2 ai Cent. 8 1/2.

Questa operazione non è trascurata in Italia. Il Prof. Malagodi l'eseguiva nel 1864, quindi nel corrente anno, addì 30 Maggio, il Dott. Alessandro Ferranti, e l'Autore della presente nota, vi ricorrevano. Tutte e tre ebbero un esito felice.

I. *Caso del Prof. Malagodi.* — Trattavasi di una donna travagliata dagl'incomodi locali immediati, e dalle conseguenze secondarie, di un voluminoso tumore sorpassante i diametri d'una testa di feto a termine, e situato alla regione iliaca destra, che dal Malagodi fu giudicato dipendere dall'ovaja destra. Questo tumore non dava un senso di fluttuazione manifesta, e quindi era luogo a dubitare della sua consistenza e natura. Credette perciò indicato ricorrere ad un'incisione d'esplorazione, che praticò della

lunghezza di Cent. 6 circa. Aperta la cavità peritoneale, da esso lui, e dal Dott. Casati che lo assisteva, fu constatata l'esistenza di un certo grado di effusione ascitica. Presentatosi alla vista il tumore, non vi si riscontrò alcun grado di fluttuazione, ed impiantatovi un grosso trequarti (*puntura d'esplorazione*) fu trovato interamente solido. Essendosi determinato il Malagodi, dietro savie considerazioni a non tentarne l'estirpazione, riunì la ferita dell'addome con sutura incavigliata. Nessun fenomeno insorse in appresso, e la cicatrizzazione era perfetta dopo dieci giorni.

II. Caso *del Dott. Ferranti.* — » Geltrude Olmeda di questa città, » egli mi scrive, » sul principio del p. p. Aprile ammalava di lieve bronchi- » te. Sopraggiunse al suo declinare una indisposizione gastrica, che richiamò » l'attenzione del Medico. Nel frattempo un ascesso peri-tiroideo si ordiva » al collo, che terminava coll'effondere naturalmente in dodici giorni il pus » nella trachea, venendo espulso senza inconvenienti dalla bocca. Così in » poco tempo tutto rientrò nell'ordine. Se non che, in causa del risenti- » mento gastrico dovendo il Medico esplorare il basso ventre, ebbe ad ac- » corgersi di un grosso e resistente tumore, che occupava tutta la metà » inferiore dell'addome. — Fui chiesto del mio parere. — L' addome della » paziente presentava il volume d'una gestante a sei mesi per il detto tu- » more, duro, consistente, un poco ovale nel suo diametro traverso, per- » fettamente circoscritto nella sua periferia, movibile da destra a sinistra, » e dal basso all'alto per l'estensione di due in tre dita trasverse, risuo- » nanza timpanica tutt'attorno, meno alla regione ipogastrica media, ed » un poco alle laterali, sensibile fluttuazione alla sua parte superiore- » media, che giungeva fin verso l'ombelico, la quale man mano che si » discendeva, addiveniva gradatamente più oscura, fino a convertirsi in » una vera durezza di corpo fibroso. L'anamnesi, che ne fornì la paziente » si restringe a questo poco: che cioè ha 45 anni, che è nubile, nata da » genitori che protrassero a lungo la loro vita; che non ha sofferto alcuna » malattia rilevante, tranne qualche indisposizione di stomaco, e qualche » costipazione nella stagione rigida; che ha vissuto sempre allegra, loqua- » ce, e svelta ne' movimenti, e che l'asciuttezza estrema in cui trovasi di » presente è in lei abituale. È di pelle bruna, di costituzione relativamente » robusta, di temperamento linfatico-venoso, ha abitudini lodevoli, e con- » duce la sua vita fra il lavoro domestico, ed il divagamento. Disse pure » che due anni fa circa, s'accorse d'una durezza alla parte inferiore destra » del basso ventre, alla quale non pose attenzione, perchè affatto indolen- » te; che questa veniva gradatamente aumentando, e distendendo fino al » volume attuale, senza recarle il minimo fastidio, meno quello insepara- » bile dall'aumentato volume del basso ventre; che è sempre stata regolar- » mente mestruata in qualità e quantità; solo un anno fa lo fu due volte » in un mese, ma sempre senza disturbi, dolori, od altri incomodi. »

» Dai caratteri esterni riscontrati nel tumore, dal modo di sua evo- » luzione, e dal non aver mai turbato la funzionalità dell'utero, si dubitò » potere trattarsi di un'affezione dell'ovaja destra; forse d'un tumore fi- » bro-cistico. Venuta in sussidio l'esplorazione vaginale, mostrò la bocca e » collo uterino al perfetto stato fisiologico, in direzione quasi normale, » solo che li movimenti di spostamento impressi allo esterno del tumore » si trasmettevano anche all'utero presso a poco nella stessa proporzione, » ma principalmente quelli dal basso all'alto, fin quasi ad allontanare il

» collo dell'utero dal dito esploratore. Era dunque un tumore ovarico li-
» bero, o con forti aderenze all'utero? oppure un tumore sorto nella spes-
» sezza delle fibre muscolari di esso? in una parola, era un tumore con-
» tiguo, o continuo all'utero?

» La sensazione avutane dalla paziente fin quasi dal suo esordire, il
» suo modo invadente da destra a sinistra, il non aver mai arrecato alcun
» disturbo alla mestruazione, la sua regolarità di forma, ed il suo volume
» e consistenza, facevano tenere per un tumore fibro-cistico dell'ovajo de-
» stro; mentrecchè l'eguale proporzione ed estensione di spostamento del
» tumore effettuandosi all'utero, fecero insorgere il dubbio, che potesse
» trattarsi di un tumore fibro-cistico attinente ad esso, od almeno a lui
» raccomandato ed unito da forti aderenze. La paziente con insistenza recla-
» mava l'arte con tutte le sue risorse per liberarsene. Poteva dunque questa
» arditamente accingersi ad una estirpazione (mentre invano si sarebbe ri-
» corso all'infinita serie dei sussidj così detti Medici) senza conoscere con
» precisione la natura, i limiti, l'estensione, le aderenze, ed in fine l'e-
» stirpabilità di un tumore presuntivamente tale?

» Non v'era dunque che la Gastrotomia d'esplorazione, che potesse
» meglio rischiarare la diagnosi, e togliere quei dubbj, che un attento e-
» same, non pure dissipava, ma faceva maggiormente accrescere. Diffatti
» fu questa alla presenza, e coll'intelligentissima assistenza del celebre
» Dott. Malagodi, e vostra, da me praticata la mattina del 30 p. p. Mag-
« gio, e disvelò trattarsi di un tumore fibro-cistico del corpo dell'utero,
» e tale da rendere qualunque tentativo di esportazione ineffettuabile e
» pericoloso.

» Così la Gastrotomia d'esplorazione, oltre al togliere ogni dubbio,
» che potesse sorgere nella diagnosi di tali tumori addominali, mostrò una
» volta di più, non essere poi così temibile ne' suoi effetti, come alcuni
» la ritennero, e tutt'ora la credono, poichè la paziente all'ottavo giorno
» presentò la ferita riunita di prima intenzione, e soltanto erano suppu-
» ranti li tramiti percorsi dai fili di canapa della sutura elavata, la quale
» venne adoperata, e che pure in altri cinque o sei giorni vennero a ci-
» catrizzarsi; l'inferma stessa rimaneva, o colla speranza che il tumore si
» arresti nella sua evoluzione, o col coraggio in caso diverso d'affrontare
» impassibile le sue fatali conseguenze. »

Caso III. *Caso dell'Autore della Nota.* — A. G., d'anni 46, di temperamento linfatico, fu mestruata a 17 anni, e continuò ad esserlo regolarmente fino a nove anni or sono, in cui andata a marito, e superata grave adenite inguinale d'ambo i lati, ebbe a perdere definitivamente la mestruazione. Tre anni e mezzo or sono, s'accorgeva d'un tumore bernoccoluto alla regione iliaca destra, non sa però dire, se mobile o no. Interrogata sulle cause che potessero averlo prodotto, accusò avervi ricevuto un forte colpo dodici anni prima. Dopo un anno dalla comparsa di questo tumore facevasi ascitica, e m'invitava perchè ne la sollevassi mediante la paracentesi. Scolate le acque, potei constatare un tumore del volume di una mano serrata in pugno alla regione iliaca destra, quasi immobile, ed indolente; la paziente non ne era minimamente incomodata. Dall'epoca summentovata a tutt'oggi (30 Maggio 1865) l'ascite si riprodusse dieci volte, e ad ogni puntura si rilevava che il volume del tumore gradatamente aumentava, e si estendeva, prima verso la regione del pube, e per

ultimo anche verso l'iliaca sinistra. Da varj mesi agli incomodi dipendenti dalla distensione e peso delle acque raccolte si aggiungevano sofferenze grandi, e per ultimo insopportabili, inerenti alla presenza del tumore nella pelvi; infine anche edema all'arto corrispondente.

Per soddisfare alle istanze le più vive della paziente, che reclamava l'estirpazione del tumore, e per assicurarmi della sua reale natura e rapporti, ricorreva io ad un'incisione d'esplorazione, della lunghezza di Centimetri 8 circa. — Aperto il peritoneo, grande quantità di acque ascitiche scolò, e presentatosi alla vista il tumore, si constatò essere di una durezza quasi ossea, con iscaglie e punte decisamente ossee, adeso alla concavità dell'ileo destro, e protendentesi verso la regione iliaca sinistra. Assicuratomi sempre più della inamovibilità di quel tumore, riuniva la ferita dell'addome con due punti profondi di *Sutura metallica* in argento incavigliata, e due punti superficiali di sutura staccata parimenti metallica.

Non reazione di sorta; cicatrizzazione perfetta della ferita dopo sette giorni. I tramiti percorsi dai fili metallici non suppurarono affatto, e solo si notò un semplice arrossamento dei forellini esterni. Si confronti l'andamento del processo tenuto dal tramite dei fili metallici da me impiegati, con quello susseguito all'uso de' fili di canapa come nella precedente osservazione, e poi si neghi la supremazia della *Sutura metallica! ! !*

(8) *Gastrotomia d'esplorazione, ed Estirpazione di Fibroma peduncolato, avente origine dal corno destro dell'Utero.* — L'Illustre Prof. Rizzoli è il primo — e ritengo anche il solo — il quale in Italia abbia eseguita così grave ed ardita operazione. Sebbene l'esito non abbia corrisposto alle aspettative, che poteva averne concepite, pure avrà egli sempre il merito di aver dato un impulso a nuovi cimenti, ad immitazione de' nostri Colleghi d'oltremare, e v'è anche luogo a sperare, che fortuna possa essergli in altri casi propizia, più che nol fu in questo primo.

Il caso del Prof. Rizzoli, di cui si compiacque egli stesso darmi communicazione, con facoltà di valermene a soggetto della presente nota, è il seguente: — Trattavasi di una donna, certa C. B., dell'età di anni 42, la quale da sei anni portava un tumore mobile al lato destro dell'inferior parte dell'addome. Il Ch. Professore ritenne, che quello fosse un caso che meritasse farne soggetto d'istruzione clinica; ed in fatti in alcuni trattenimenti impiegati su d'esso, seguendo il metodo d'eliminazione, esclusa l'esistenza d'un tumore ovarico fluido, stabilì la diagnosi, o di Fibroma peduncolato dell'ovaja destra, o di Fibroma pure peduncolato, sorto dal corno destro dell'utero. Uu dato però, che avrebbe potuto far supporre, che all'ovaja, piuttosto che all'utero si attaccasse il tumore, fu questo, che introdotto l'indice di una mano in vagina, e tenutolo fermo nella ripiegatura vaginale posteriore contro il corpo dell'utero, e coll'altra mano sull'addome, abbracciato il tumore, ed impressigli de' movimenti in vario senso, questi non venivano in proporzione communicati all'utero contro il quale premeva l'indice esploratore, sicchè poteva far credere, che ne fosse il secondo separato. E siccome pel deperire della donna, l'estirpazione era l'unico efficace presidio che poteva offerirvi alla mente del pratico, così non tanto per togliere ogni dubbio rispetto alla diagnosi, ma specialmente per assicurarsi, che il tumore fosse veramente peduncolato, e libero da quelle aderenze, che ne rendono pericolosa la dissezione, non v'era per

questo che un' *incisione d'esplorazione.* Rifiutatasi l'inferma di rimanere in Clinica, è in una casa privata, che il prof. Rizzoli, alla presenza del Dott. Romei, del Dott. Maddaleni, e di varj Studenti di Chirurgia, la sottopose nel mattino del giorno 6 Giugno 1862, dopo averla debitamente preparata, a questa operazione; e riportata allora la certezza, che il tumore, sebben fornito di grosso e corto peduncolo, non comprendeva l'ovaja, ma era sorto dal corno destro dell'utero, e che era libero da altre aderenze, immediatamente, dopo averlo isolato dalla tuba enormemente allungata, che lo abbracciava anteriormente, in un con una grossa vena, circondava e stringeva il detto peduncolo con robusto cordoncino di refe, ed al disopra dell'allacciatura lo recideva con parecchi tratti di forbici curve sul piatto. — L'inferma sopportò bene l'operazione, e compita che fu, se ne trovò soddisfatta. Fu in appresso assistita e vegliata a turno da alcuni giovani Chirurghi, che volenterosi si prestarono a quest'uffizio, e spesso venne visitata dal Dott. Romei, dal Dott. Maddaleni, e dallo stesso Professore. Passò discretamente le prime ore, poscia fu presa da dolore alla regione operata, che si diffuse alla coscia corrispondente; di più essendosi i polsi abbassati, e lo stato della donna aggravandosi, nel dubbio che si fosse versato del sangue entro all'addome, il prof. Rizzoli, tolto l'ultimo punto di sutura, ed introdotto nell'angolo inferiore della ferita un dito, onde assicurarsene, non ne trovò che una piccola quantità. Ciò nullameno, ordinate delle applicazioni fredde sul ventre, ed una mistura ricreante, l'inferma sempre più aggravandosi, periva nel mattino del giorno successivo, e perciò 20 ore dopo l'eseguita operazione.

L' *Autopsia* non diede plausibile spiegazione dell'avvenuta morte: però servì a mostrare la raccolta di una certa quantità di sangue entro all'addome, quantunque il peduncolo si mantenesse fortemente stretto dal laccio; e che realmente dal corno destro dell'utero aveva avuto radice il tumore reciso. Questo fibroma, che in un colle rispettive parti generative, è conservato dal Prof. Rizzoli, e che mi venne da esso lui fatto osservare, era piriforme, lungo nel suo diametro maggiore, compreso il peduncolo, Cent. 20, nel suo diametro trasverso Cent. 16, della circonferenza di Cent. 40, e del peso di Kil. 1, e Gr. 470.

(9) *Idrope Ovarico complicato ad Ascite. — Diagnosi difficile.* — » L'Idrope Ovarico può essere confuso coll'Ascite, e l'Ascite coll'Idrope Ovarico. Parecchi casi sono ricordati, e più anche non ricordati, ne' quali avvennero di simili errori. Ma alcune volte l'ascite è accompagnato dall'idrope Ovarico, in guisa che le due malattie decorrono assieme, ed allora la diagnosi è molto difficile. Uno di questi casi, ricevuto nella *Casa*, illustrerà chiaramente questo fatto: —

» La paziente era maritata, ed ebbe quattro figli. Fu ammessa nella *Casa* nel 1859. Quattro anni innanzi, apparì un tumore al destro lato dell'addome, ed in onta ad ogni trattamento, aumentò di volume. Nel 1858, essa fu punta quattro volte. Prima che venisse accolta, fu grande bevitrice, e mostrò desiderio per l'operazione. Praticata un'incisione, non meno di 45 pinte di fluido ascitico venivano evacuate, e questa fu eseguita per essersi sentito nel ventre durante tutto il tempo della malattia una massa ovarica multiloculare. Questo tumore fu rimosso nel solito modo, e fu compita l'operazione. L'operata morì al sesto giorno, dopo

» un vomito incessante, avendo rigettati parecchi *quarti* di una bile densa
» verde. All'autopsia, si trovò che il fegato era molto pallido, piccolo e
» friabile, lacerandosi ad ogni più lieve compressione, ed i reni erano in-
» grossati e congestionati. Questa paziente evidentemente morì per la sua
» antica malattia di fegato. Non sarebbe stato il caso di eseguire un'ope-
» razione, se si fosse potuto diagnosticare l'esistenza di tanta quantità di
» fluido ascitico, e di una malattia al fegato. » (*Letture Cliniche sopra alcune Malattie delle Donne, rimediabili mediante l'operazione, per I. Baker Brown. The Lancet*, 30 *Gennajo* 1864.)

(10) *Gravidanza simulante l'Idrope Ovarico, e viceversa.* — » La Gra-
» vidanza è la condizione più comune, che dà origine ad un errore di
» diagnosi. Io vidi all'Ospitale S. Maria nello stesso giorno non meno di
» tre casi, inviati da differenti Medici, ne' quali la gravidanza fu scambiata
» per un idrope ovarico; ed in un caso la bocca dell'utero cominciava
» ad aprirsi, quad'io l'esaminai: è perciò che mandai il soggetto di que-
» st'ultimo caso alla propria dimora, per avervi assistenza; e la donna
» nel pomeriggio erasi già sgravata.

» La difficoltà della diagnosi, che sorge alcune volte, quando viene
» sospettata una gravidanza, è dimostrata dal seguente caso: — Una gio-
» vane di Cambridgeshire, dell'età di anni 17, veniva rimarcata da sua
» madre ingrossarsi nel ventre. Venne essa visitata da un Medico, che sen-
» za esitanza asserì che la giovinetta era gravida. La madre negò la pos-
» sibilità di questo fatto, e si rivolse ad un altro pratico, il quale fu di
» parere, che la giovane fosse affetta da idrope ovarico. Fu quindi man-
» data ad un'Ospitale di Londra, ed affidata alla cura di un Medico dello
» Stabilimento. Egli esaminò il caso in presenza degli allievi, e stabilì che
» la paziente soffriva di un *Idro-sarcocele*, che sarebbe terminato in tre
» o quattro mesi. La giovane capì il significato dell'espressione del Medico
» e sdegnosamente chiese dell'Ostetrico. Questi al primo esame del caso,
» conchiuse che era un idrope ovarico, ed obbiettando all'ovariotomia,
» espresse l'opinione, che la paziente non sarebbe vissuta un anno. Non
» ostante questo, la fanciulla entrò nella *Casa*, vi fu operata, ottenne
» una guarigione perfetta, ed è ora in ottima salute, e fa da governante
» in una nobile famiglia. » (*Letture Cliniche sopra alcune Malattie delle Donne, rimediabili mediante l'operazione, per I. Baker Brown. The Lancet*, 30 *Gennajo* 1864.)

(11) *Tumore Cistico simulante un Idrope Ovarico.* — » Ricorderò un
» caso di Tumore Cistico simulante un Idrope Ovarico, ammesso nella
» *Casa* il 26 Novembre 1862. — Donna di anni 30, maritata da quat-
» tro anni, senza prole. Godè sempre di buona salute fino a sei anni fa,
» quando essa s'accorse d'un tumore, che le cresceva nel periodo inter-
» mestruale, e decresceva durante la mestruazione, la quale era in con-
» siderevole quantità. Deteriorando la salute della paziente, nel Marzo
» 1860, essa fu punta ed estratti due *quarti* di fluido scuro. All'esame,
» dopo la sua ammissione nella *Casa*, fu diagnosticato di un grande
» tumore ovarico multiloculare, ed anche di un'ernia ombelicale irredu-
» cibile dell'omento. L'undici Decembre, dopo una prima incisione,
» escì una grande quantità di fluido ascitico. Si vide quindi una cisti,

» che pareva un intestino. All'esame si trovò il tumore composto di pa-
» recchie dure masse, come lo scirro, strettamente aderente in ogni di-
» rezione. Era attaccato a tutto l'omento, al fegato, ed all'utero. Non
» potendosi rimuovere la massa, fu estratto dalle due cisti un *quarto* di
» fluido giallastro, e la ferita chiusa con suture in argento. La paziente
» procedè bene fino al 17. Nella sera di quel giorno, essa ebbe un forte
» accesso di tosse, quando schizzò fuori dal centro della ferita una quan-
» tità di fluido sieroso sottile. Questo continuò a fluire per alcuni giorni,
» e quindi cessò. Il 26, un piccolo ascesso si aprì alla parte superiore della
» ferita. Il 28, il tumore cominciò a riempirsi di nuovo, v'era vomito con-
» tinuo, e la ferita si riaprì. La paziente si prostrò nelle forze, e morì il
» 6 Gennajo 1863.

» Questo caso fu sottoposto alla Società Patologica, e là esaminato
» dal Sig. Nunn, e Sig. Holmes. Essi trovarono la massa morbosa nascere
» dalla membrana sotto-peritoneale, che cuopre il fondo dell'utero. Era
» composta di masse fibrose, con cisti distinte, aventi membrane secernenti
» entro di esse. Questo caso è riferito nelle Transazioni della Società. »
(*Letture Cliniche sopra alcune Malattie delle Donne, rimediabili mediante l'operazione, per I. Baker Brown. The Lancet,* 30 *Gennajo* 1864.)

(12) *Segno diagnostico differenziale fra l'Idrope Ovarico e l'Idrope Cistico del Peritoneo.* — Nella diagnosi differenziale dell'idrope ovarico, e l'idrope cistico del peritoneo, secondo l'Herrera Vegas, è a valutarsi l'elemento diagnostico, che possono offerire le ricorrenze mestruali: — mentre infatti nell'idrope cistico, o saccato, del peritoneo possono continuare le mestruazioni, si disordinano queste, o cessano nell'idrope ovarico col progredire della malattia.

(13) *Tumore del Rene sinistro scambiato per un Tumore Ovarico; operazione; morte; autopsia.* — Sotto la cura del Dott. Hall Davis, e del Sig. G. Lawson.

Elisabetta P., vedova, di anni 49, madre di tre figli, è ammessa nell'Ospitale di Middlesex di Londra, il 27 Decembre 1864, per un tumore sospettato della sinistra ovaja. L'inferma ne accagiona una caduta nel 1860. Amenorroica da due anni, e per altrettanto tempo irregolarmente mestruata. Aveva sofferto di prurito, e leucorrea vaginale. Orine giammai commiste a sangue. All'ammissione — aspetto dell'inferma pallido e sofferente; spesse volte insonnio pel dolore alla parte; bisogno frequente di orinare, ed incontinenza nella deambolazione. Sotto l'ombelico a sinistra della linea mediana appariva una gonfiezza, ed al palpamento si sentiva alla regione lombare sinistra un tumore in apparenza del volume di una testa di feto a termine; il suo margine superiore era un pollice e mezzo al disotto, ed a sinistra dell'ombelico; ottusità di suono alla percussione della regione lombare sinistra in corrispondenza del tumore. Questo era di superficie irregolare, alquanto elastico alla pressione, non fluttuante; mobile sopra i sottostanti tessuti, e mobili su lui le pareti addominali; a tratti a tratti dolente. L'orina pallida e limpida della gs. di 1006, leggermente acida, non albuminosa. Polso non celere, lingua pulita, normali i rumori de' visceri toracici. Fatta la diagnosi di tumore ovarico, e senza aderenze, quindi facilmente estirpabile, si accedè dai curanti alle istanze dell'inferma, che

chiedeva di esserne liberata. — Il 26 Gennajo, cloroformizzata la paziente, il Sig. Lawson aprì l'addome con un'incisione lunga circa quattro pollici al disotto dell'ombelico, ed il tumore apparve all'apertura mediante la pressione della mano, situato anteriormente agli intestini, e colle apparenze di un tumore ovarico: ma introdotte due dita per esplorarlo, fu trovato che non era peduncolato, e che il suo indumento peritoneale era continuo colla membrana peritoneale delle pareti addominali. Allora era praticata una piccola incisione attraverso questa membrana per esaminare la natura del tumore, e si mostrò una massa elastica di colore scuro, e punta diede solo una goccia di sangue. Verificato che le ovaje e l'utero non avevano attinenza col tumore, e ritenuto che si avesse a fare con un tumore renale, fu chiusa la ferita con sutura metallica, e fu applicata la fasciatura ostetrica di Salmon. Nella sera del 29 era cadavere.

Autopsia. — Dal rapporto necroscopico del Dott. Caylay risultò principalmente quanto segue: — Segni di leggiera generale peritonite; al sinistro lato dell'addome un tumore ovale facente parte del rene sinistro, dall'anteriore ed inferior parte del quale sembrava nascere; il rene ed il tumore avviluppati da ogni parte dal peritoneo, che lor faceva quasi da mesenterio, di guisa che si potevano spostare, in alto fino al diaframma, inferiormente fino alla cresta della pelvi, ed all'interno fino alla linea mediana. L'arteria renale sinistra era molto allungata, e decorreva obbliquamente in basso ed all'esterno. Il tumore sembrava fluttuante. Il rene era talmente girato, che l'ilo guardava posteriormente e a sinistra, ed il suo margine anteriormente. Sezionati il tumore ed il rene, si trovò che il primo era della consistenza di una materia cerebrale molle, di un colore garofano chiaro, percorsa da grossi vasi venosi, avviluppato da una capsula fibrosa, continua con quella del rene, dalla cui sostanza era interamente separata. Il diametro più lungo del tumore era di pollici 4 1/2, ed il più breve di pollici 3 1/2, la circonferenza di pollici 12. L'uretere era normale. La capsula sopra-renale distava un pollice e mezzo dal rene. Il colon discendente trovavasi dietro la massa morbosa. Le ovaje erano piccole, dure, e con molte cicatrici; l'utero di moderato volume, ed il fondo inclinato posteriormente, le glandole lombari del lato sinistro alquanto ingrossate, ed infiltrate di materia midollare. All'esame microscopico, si trovò il tumore consistere quasi interamente di nuclei rotondi ed ovali, del volume circa dei globetti del sangue, con una piccola quantità di fibre assai delicate, e di fibro-cellule lunghe e sottili. Non v'era alcuna traccia che il tumore fosse stato punto.

La straordinaria natura e posizione del tumore spiegano a sufficienza l'errata diagnosi. Il peso del tumore gradatamente deve aver trascinato il rene in basso ed all'innanzi, coprendosi del peritoneo come di un mesenterio, ajutato in ciò dal continuo movimento peristaltico degli intestini. Si potrebbe dire, che la mobilità del tumore all'insù avrebbe fatto conoscere che non era ovarico: ma durante la vita il movimento in questa direzione era limitato dal colon trasverso e dallo stomaco, ed era solo quando questi visceri erano tolti durante l'esame necroscopico, che lo si potè spingere fino al diaframma. L'orina esaminata due o tre volte fu trovata normale, solo di gravità specifica inferiore. Il caso è importante, dacchè aggiunge un altro fatto alla storia delle difficoltà nella diagnosi del morbo ovarico, e venne riferito perchè serva a dilucidare la diagnosi dei tumori

nella cavità dell'addome. (*Sunto d'un articolo nel The Lancet*, 18 *Marzo* 1865.)

(14) *Linee semilunari dell'addome*: — » Queste si estendono da ambo i lati » della spina del pube all'insù ed all'esterno verso le cartillagini dell'8ª e 9ª » costa, passando circa quattro pollici lontano dalla linea alba. Esse appari- « scono bianche, ed alcun poco infossate, e sono formate dai tendini (a- » poneurosi) dell'obbliquo interno, che si dividono in due strati lungo il » margine esterno del muscolo retto, per costituire al detto muscolo una » specie di guaina. Lo spazio compreso fra le due linee semilunari è ovale, » coll'estremità più larga in alto; questo spazio contiene i due muscoli ret- » ti, e la linea alba. — Sul vivo si può tracciare questa linea, prendendo » il punto medio fra l'ombelico e la spina anteriore e superiore dell'ileo, » e da questo punto segnando una linea che arrivi alla spina del pube, » ed un'altra che vada alla cartillagine della 9ª costa. L'operazione della » puntura dell'ovaja idropica dovrebbe sempre eseguirsi in questa linea; » e questo posto è pure preferito da alcuni come il migliore per la pa- » racentesi nell'ascite. In quest'ultimo caso però questa linea non è esat- » tamente nel punto medio fra l'ombelico e la spina dell'ileo, ma è un » mezzo pollice più vicino alla spina stessa, per ciò che i muscoli retti di- » ventano più appianati, e più espansi lateralmente. » (*The Dublin Dissector — by Robert Harrison. Dublin* 1847, *fifth edition*, *T. I. p.* 190.)

(15) *Obbiezioni del Churchill contro la puntura.* — Le obbiezioni, che secondo il Churchill, si possono fare contro la pratica della puntura nella cisti ovarica, sono: — 1. La donna può morire per sincope, quando il liquido esce troppo rapidamente. 2. L'infiammazione del peritoneo può divenire mortale. 3. Può avvenire la morte per l'infiammazione del sacco della cisti. 4. La cisti si riempie così rapidamente, che esige delle ripetute punture. 5. Quest'operazione può essere inutile nel caso di cisti multiloculare, se i sacchi non communicano fra loro, o se il liquido è troppo vischioso, od allorchè il tumore è principalmente composto d'idatidi. 6. Finalmente, se v'è complicazione di cancro, l'operazione sarà inutile, ed accellererà anzi la fine della malata. — Queste obbiezioni, come giustamente riflette l'Herrera Vegas, sono in generale molto fondate, ed oltre a ciò, non essendo la puntura che un mezzo palliativo, il quale solo in casi eccezionabilissimi può condurre ad una guarigione radicale, non la si dovrebbe praticare, che dietro una indicazione la più stringente.

(16) *Chi praticò pel primo in Francia l'Injezione Jodata per la cura della Cisti Ovarica?* — È in dubbio, se il Robert, od il Boinet, sia stato il primo che abbia in Francia praticata l'Injezione Jodata per la cura della Cisti Ovarica; mentre però il sentimento de' pratici non è unanime su questo punto di storica attinenza, è positivo, che il Velpeau fu il primo, che introdusse l'uso delle injezioni jodate nelle idropi delle *cavità chiuse*, e perciò egli ha titolo a grande parte del merito, che derivò dalle successive applicazioni di questo agente terapeutico. Egli scriveva nel 1839: — *Ce que j' ai vu des injections jodées dans l'Hydrocele, et les Kystes séreux, me porte à penser, qu' elles offriraient plus des chances de succès que le vin dans l'Ascite, et les Kystes de l'abdomen.* — Il Velpeau raccolse i

casi che gli appartengono di injezione jodata nelle Cisti Ovariche, non che quelli dei Signori Robert, Boinet, Monod, Dèmarquay, Huguier, Gimelle, Abeille, Fock, Briquet, e Nélaton — in tutti, Casi 130 — de' quali si contano 30 morti, 64 guarigioni, e 36 recidive. Secondo il Velpeau l'alta cifra di mortalità sarebbe aggravata dalla pratica di lasciare a permanenza la cannula del trequarti nella cisti, pratica unanimamente condannata: 20 casi di morte apparterrebbero a questo processo d'injezione.

(17) *I primi veramente a praticare le Injezioni Jodate nelle Cisti Ovariche.* — Secondo il Churchill, il Dott. Williams di Dublino, ed il Dott. Alison d'Indiana, sarebbero stati i primi di tutti a praticare le injezioni jodate nelle cisti ovariche. Il primo, perduta l'operata per malattía concomitante, constatò una diminuzione del tumore, ed un inspessimento di pareti; il secondo ottenne l'obbliterazione completa della cisti.

(18) *Drenaggio applicato alla cura delle Cisti Ovariche.* — Per ottenere lo stesso effetto che coll'injezione jodata, e cioè l'obliterazione della cisti, il Chassaignac, di Parigi, ricorreva all'uso dei tubi a Drenaggio anche nel trattamento della Cisti Ovarica, servendosene alla guisa d'un setone. Sebbene fra le varie applicazioni di questo mezzo, quella di tentare d'ottenere il vuotamento perenne, e quindi il corrugamento e l'atrofia, o la suppurazione e distruzione della cavità anormale, che forma la cisti ovarica segnatamente uniloculare, sia fra le meno irrazionali, pur tuttavolta di tre inferme che ebbe a trattare col drenaggio, non ne guarì alcuna, anzi tutte e tre perirono. È perciò, ch'egli stesso nella seduta della Società di Chirurgia del 27 Novembre 1861, colpito dall'insuccesso avuto, sconsigliava i Chirurghi dall'immitarlo.

(19) *Incisione nella Cisti Ovarica — qual metodo di cura.* — Caso di spettanza del Ch. Prof. Malagodi. —

Una donna, del Porto di Recanati, d'anni quarantacinque, madre di sei figli, da sei anni s'accorse di un tumore mobile alla regione iliaca sinistra, quando nel 1864 si portò per la prima volta in Fano per consultare il Prof. Malagodi. Il tumore aveva l'ingente mole d'una testa di adulto, era di forma piuttosto regolare, con manifesto senso di fluttuazione, e molto mobile. Fu quindi dal Ch. Professore giudicato una Cisti Ovarica, e propose all'inferma l'Ovariotomia, come unico espediente di salvezza, la quale essa per ragioni particolari rifiutò. Ritornata però in Fano nel Maggio dell'anno successivo, raccontò, come avesse passato un inverno tribolato per continui dolori alla località affetta, e tali che anche il peso delle coperture sul ventre le riusciva molesto. In questo ultimo anno il volume del tumore era aumentato di un buon terzo, ed aveva perduta la sua mobilità. Dispostissima questa volta a farsi operare, si decise il Ch. Consulente di fare un'*incisione d'esplorazione* per prendere esatta conoscenza delle locali condizioni, ed ove segnatamente la natura ed estensione delle aderenze, delle quali avevasi a sospettare, lo avessero permesso, di passare immediatamente all'estirpazione dell'intero tumore ovarico.

Praticato pertanto il taglio d'esplorazione, della lunghezza di Cent. 8 circa, fu constatato, che la parete anteriore della cisti era adesa, e se si potesse dire, immedesimata col peritoneo parietale, e questo colle corri-

spondenti pareti addominali, ed in modo, che si rendeva in alcuni punti *impossibile* distruggere queste aderenze. Eseguita allora una puntura nella cisti, questa diede escita ad una quantità strabocchevole di materia purulenta filante color caffè e latte. Non eravi quindi altro partito, che di appigliarsi al metodo di cura dell'*Incisione nella Cisti*, e di cucire i margini di questa soluzione di continuo con quelli delle pareti addominali, il che venne praticato. — L'inferma, che sopportò bene l'operazione, si mantenne in discreto stato nelle prime 24 ore, ma poi presentò i sintomi di una febbre d'infezione, e morì dopo cinque giorni per gli effetti dell'avvenuto assorbimento.

L'Autopsia, eseguita dal Ch. Dott. Casati, mostrò che tutto all'intorno della praticata incisione, per la larghezza di Cent. 11 circa, si estendevano le aderenze della cisti: tranne queste però, tutto il resto della cisti era libero, e con un unico peduncolo della grossezza di Cent. 4 circa, della lunghezza di Cent. 9. La cisti stessa era multiloculare nella sua parte posteriore, mentre nell'anteriore veniva costituita da un unico sacco. Le pareti di questo presentavano la spessezza di mezzo Centimetro, ed una durezza cartillaginea.

Era evidente, che le rinvenute aderenze erano il risultato di lenta peritonite esistita e manifestatasi, nell'ultimo anno, e che ove nel precedente l'inferma avesse accolta la proposta del Malagodi, il caso era di tale natura, da offrire tutte le probabilità di un'ottima riuscita per l'ovariotomia.

(20) *Formazione d'un Ovidutto artificiale.* — In Italia nel 1855 il Ch. Malagodi (non conosco se altri ancora, o prima o poi) ebbe a curare una Cisti Ovarica, col praticarvi un'apertura, che rendeva e manteneva fistolosa; e per ciò fare, si serviva del *Caustico di Vienna* in combinazione colla potassa fusa. La cisti ovarica era a destra in corrispondenza della regione iliaca; erasi una volta rotta spontaneamente, con effusione del fluido in essa contenuto nella cavità peritoneale e tornò a riempirsi. In allora avvenne, che il tumore fu veduto e giudicato dal Malagodi per Cisti Ovarica. Punto mediante un trequarti, ne furono ritirati Kil. 4 di una materia purulenta. Nel Maggio 1855, riempitasi di nuovo, il Ch. Curante faceva la prima applicazione del Caustico di Vienna, che in seguito ripetè quante volte fu necessario, per ottenere l'adesione fra il peritoneo parietale ed il cistico. Sicuro di aver raggiunto questo risultato, compì la perforazione della cisti mediante l'uso di piccoli pezzetti di potassa caustica. Introdusse allora attraverso l'escara ottenuta, nel cavo del tumore una sciringa di gutta-percha, colla quale diede esito nuovamente a delle materie purulente in abbondante quantità: quindi per mezzo della stessa sciringa furono fatte nella cavità cistica delle injezioni, prima detersive, poi con una soluzione composta di Tintura alcoolica di jodio (gr. 56) joduro potassico (gr. 28) ed acqua distillata (gr. 660), e dopo pochi minuti lasciava ne sortisse. Quest'injezione fu seguita da forte reazione locale e generale, con soddisfazione del Curante, che se ne riprometteva de' salutari effetti sulla capacità del sacco, e sulla superficie sua secernente. In fatti, le materie che ogni giorno si estraevano col mezzo della sciringa, dalla quantità circa di un mezzo bicchiere in sul principio, a gradi a gradi che il sacco andavasi restringendo, diminuivano esse pure fino alla

dose di un mezzo cucchiajo circa. Durante il tempo necessario a questo risultato, il Professore continuò a praticare giornalmente l'injezione suaccennata, però allungata con alquanto d'acqua. Il foro era tenuto aperto con una candeletta a permanenza, della lunghezza in prima di Cent. 20, ed in fine di Cent. 8. Tale risultamento nella cura era raggiunto nel Luglio dello stesso anno. Da quell'epoca il foro fistoloso fu tenuto pervio, col mantenervi per entro una sottile sciringa di gomma elastica, che levata mattina e sera, permise, e permette tuttora di evacuare le materie, che in piccolissima quantità si raccolgono nel canale fistoloso. Da quell'epoca ogni incomodo locale è cessato, e la salute dell'inferma è buona.

(21) *La prima Ovariotomia in Francia. Notizie istoriche.* — L'Ovariotomia del Laumonier, di Rouen, praticata nel 1781, e che passa generalmente per la prima che sia stata eseguita in Francia, non è altrimenti da riguardarsi per tale nella linea delle Ovariotomie per Idrope Ovarico. Il caso, che venne inesattamente interpretato, non fu che una raccolta di pus in una tromba faloppiana distesa in tumore, e sormontata dalla corrispondente ovaja indurita, fattasi della grossezza d'un uovo, che fu ritenuta scirrosa, e venne all'apertura dell'ascesso estirpata, forse senza bisogno. La Storia ne è consegnata nelle *Mémoires de la Societé Royale de Médecine* — 1782, T. 5, p. 296, ed è riferita per esteso nell'opera del Koeberlé, di Strasburgo. (*De l'Ovariotomie — par E. Koeberlé. — Paris* 1865, *p.* 11.)

Ne altrimenti devesi accettare per una prima Ovariotomia in Francia, quella del Woyerkosky, di Quinge (Doubs), il quale l'avrebbe eseguita il 27 Aprile 1844 a Montfort, sopra una donna di anni 40, con esito felice, mentre anche in quel caso, trattossi di uno scirro dell'ovaja destra, e non di una cisti ovarica. (*Révue Médico-Chirurgicale, Paris, Juin* 1847, *p.* 359.)

La prima Ovariotomia, che per Idrope Ovarico venne effettivamente praticata in Francia, risulta esserlo stata nel 1847, dal Dott. Veaullegeard, di Condè-sur-Noireau (Calvados), il quale estirpò veramente una Cisti Multiloculare dell'ovaja sinistra, e con ottimo successo. (*Gazzette des Hopitaux*, 1848, *p.* 22.)

Dopo quindici anni il Demarquay operò la sua prima Ovariotomia (2ª in Francia) in Saint-Germain-en-Laye, il 2 Febbrajo 1862, susseguita dalla morte dell'operata. (*Gazette hebdom.* 1862 *p.* 88.)

Il Nélaton, ritornato da un viaggio in Inghilterra, dove si era recato nel 1862, per giudicare ocularmente del merito reale dell'Ovariotomia, e dopo avere in Londra assistito il Baker Brown nell'esecuzione di cinque operazioni, in un Trattenimento Clinico ebbe a dire: — *Loin de blamer, il y a lieu d'encourager les chirurgiens disposés à pratiquer l'Ovariotomie, quand ils la jugeront indiquée, et je crois, que cette indication existe, quand un Kyste multiloculaire commence à amener le dépérissement, et une série d'accidents graves.* — Egli eseguì la sua prima Ovariotomia il 17 Giugno 1862, colla perdita dell'operata per *tetano* sopravenuto 21 giorni dopo l'operazione, mentre aveva fondamento a prognosticare una guarigione non lontana (*Gazette hebdom.*, 31 *Juillet* 1862, *p.* 483). Da questa data a buona parte del 1864, il Nélaton (a quanto afferma l'Herrera Vegas) ha praticata otto volte l'ovariotomia, colla guarigione in quattro.

(22) *Prima Ovariotomia in Germania, nelle Indie, in Russia, in Australia, in Colombo, ed in Svizzera.*

La prima Ovariotomia in *Germania*, si riferisce, essere stata praticata nel 1819 da Chrismar, d'Isny (Würtemberg), il quale estirpò ad una donna, d'anni 47, un tumore dell' ovaja sinistra del peso di Kil. 4, complicata da ascite. L'operata morì dopo 36 ore di peritonite, e cancrena intestinale. In Germania (sia detto di passaggio) l' Ovariotomia non venne tentata o praticata, che 64 volte, e con poca fortuna, non contandosi che 12 guarigioni, 46 morti, e 6 operazioni inutili, il cui risultato è rimasto dubbio. Il Koeberlè afferma, che in seguito dello scoraggiamento insinuatosi negli animi per i subìti disastri, sembra che dal 1856 non sia più stata praticata alcuna Ovariotomia in Germania.

Nel 1860 fu eseguita la prima Ovariotomia nelle *Indie*, a Tanjore, da Mootoosawmy Moodelly, per cisti multiloculare voluminosa, in donna di 24 anni, e colla guarigione dell'operata.

Nel 1863 fu praticata la prima Ovariotomia in *Russia*, Pietroburgo, dal Prof. Krassowsky, in donna di anni 25, per cisti multiloculare, senza aderenze, e con successo.

Il 10 Marzo 1864, fu annunziata la prima Ovariotomia in *Australia*, a Melbourne, eseguita dal Dott. L. T. Tracy, per cisti multiloculare, e parimenti con esito felice.

Pure nel 1864, l' Ovariotomia venne con eguale buon successo praticata al Ceylon, in *Colombo*, dal Dott. P. D. Anthonisz.

Finalmente il Dott. Montet, di Vevey in *Svizzera*, ha pubblicato nella *Gaz. hebd.* di Parigi, 17 Marzo 1865, il caso di un'Ovariotomia, praticata sopra una donna di anni 36, dalla quale estirpò un grosso tumore ovarico multiloculare. Le aderenze erano piuttosto numerose, e richiesero la legatura di parecchi vasi. Fu adoperato il *clamp*. La paziente passeggiava guarita per la sua camera al 22° giorno dall'operazione.

(23) *Condizioni, che rendono l'inferma suscettibile di essere sottoposta all'operazione dell'Ovariotomia. — In una delle sue Letture Cliniche sopra alcune Malattie delle Donne rimediabili mediante l'operazione* (*The Lancet*, 13 *Febbrajo* 1864), ecco come il Sig. Baker Brown compendia le condizioni all'operazione dell'Ovariotomia: — » Supposto che la pazien-
» te richieda un'operazione, e che sia deciso, che non vi sia altro modo
» di cura, è necessario di considerare, se vi sono delle ragioni, per le
» quali l'operazione non dovrebbe essere eseguita. Si devono indagare le
» condizioni dell'inferma, lo stato suo generale, e specialmente quello dei
» varj organi — reni, cuore e polmoni — prima di emettere un'opinio-
» ne; bisognerebbe anche osservare, se la pelle funziona normalmente.
» Mentre queste ricerche richiedonsi in ogni grande operazione, sono spe-
» cialmente necessarie prima dell' Ovariotomia. Non vi dovrebbero essere
» malattie organiche, nè estrema emaciazione per le ripetute punture, nè
» affievolimento de' poteri vitali. Si potrebbe apporre, che questi sugge-
» rimenti non sono giusti, perchè molti casi *in estremis* sono guariti. È
» vero, ciò accadde. Nella stessa mia pratica io ottenni delle guarigioni
» in casi, che sembravano non offrire alcuna speranza: ma io sostengo,
» che tali casi sono eccezioni alla regola. Non abbiamo ad attenderci ad
» un risultato felice, quando i poteri vitali sono depressi od esausti. Io

» pertanto ripeto la raccomandazione, che da anni pubblicamente fac-
» cio, cioè di operare tosto che la malattia si disvela marcatamente per
» un idrope ovarico, progrediente, o producente incomodi generali, o do-
» lore. Il più gran successo è da attendersi da operazioni fatte assai per
» tempo. »

(24) *Incisione del Peritoneo nell'Ovariotomia.* — « Si fa un'incisione di
» due o tre pollici fra l'ombelico ed il pube. Due o tre colpi di bi-
» stouri bastano a dividere la pelle, lo strato adiposo, ed il muscolo (a-
» poneurosi). Qui suggerisco una precauzione: — fui solito sui primi di
» non usare alcuna sonda scanalata, ma di incidere, e disseccare a tutta
» spessezza, fino ad arrivare alla cisti: la rapidità con cui in questo modo
» l'operazione si effettuava era tentatrice. Un giorno però m'avvenne di
» essere più cauto del solito — mi servii d'una sonda scanalata, e quindi
» giunsi ad un corpo semi-trasparente, che trovavasi proprio nel centro
» della ferita da me praticata. Non aveva le apparenze d'una cisti, ed
» esaminatolo, lo riconobbi per un'ansa intestinale che s'era portata
» ad aderire alla cisti fra le pareti ed il tumore. Fu facilmente staccata,
» non essendo l'aderenza di vecchia data, e l'operazione fu compita.
» Se io avessi proceduto nel mio solito modo, avrei tagliato l'intestino,
» ed uccisa la paziente. — Essendo giunto al peritoneo, si fa una pic-
» cola apertura, e s'introduce una tenta a larga scanalatura: allora invece
» di usare il bistouri, la cui punta potrebbe offendere qualche parte, io
» uso un pajo di forbici, le punte delle quali essendo voltate all'infuo-
» ri, è impossibile qualsiasi offesa. » (*Letture Cliniche sopra alcune Malattie delle Donne sanabili mediante l'operazione, per I. Baker Brown. The Lancet,* 13 *Febb.* 1864)

Il Sig. Spencer Wells ha riscontrata eguale disposizione di un'ansa intes inale nel suo primo tentativo d'ovariotomia.

(25) *Quattro differenti modi di assicurare il Peduncolo d'una Cisti Ovarica*: —

1. Il modo più antico di assicurare il Peduncolo si è quello della *Legatura*, mediante un cordoncino di canapa indiana, *lasciandone i capi pendenti fuori dell'addome*, siccome usò il Dott. Clay di Manchester, e quindi il Dott. Lane — primo ad eseguire l'Ovariotomia in Londra.

2. Col mezzo del *Clamp* (*Compasso* costrittore), inventato dall'Hutchinson, e seguito da molti pratici.

3. Colla *Legatura*, mediante un cordoncino di canapa o di seta, *tagliandone i capi accosto al nodo*, e lasciando libera rientrare l'estremità del legato peduncolo nella cavità dell'addome, e quindi chiudendo esattamente la praticata ferita. Questo modo di legatura fu usato per primo dal Dott. Rogers di Nuova York nel 1829, dal Dott. Bellinger in America nel 1835, dal Dott. Siebold di Darmstadt nel 1846, e per ultimo dal Dott. Tyler Smith, dallo Spencer Wells, e dal Dott. Fergusson. Tutti questi operatori furono fortunati: il Dott. Tyler Smith conta sei od otto casi felici, e cinque lo Spencer Wells.

4. Finalmente, il *Cauterio attuale* (*Clam*), applicato alla cauterizzazione, e divisione del peduncolo dal Sig. Baker Brown, dopo aver attaccate e divise aderenze con questo mezzo — immaginato dal Sig. Clay di

Manchester per queste ultime — onde impedirne od arrestarne lo stillicidio sanguigno.

Il Braxton Hicks si fece patrocinatore alla *Società Ostetrica di Londra*, per dividere con sicurezza il peduncolo, dell'uso di un *Écraseur* modificato. Egli disse, che si raggiungerebbe la *perfezione nell'ovariotomia*, ove si giungesse a far di meno di qualsiasi legatura. La forma però dell'ordinario *Écraseur* sembrargli non corrispondere all'uopo, e propose allargarne di un pollice la catena comprimente e lacerante, onde ottenere in maggiore estensione lo schiacciamento dei tessuti e dei vasi, per sempre più mettersi al sicuro dall'emorragia.

Gli appunti, che si fanno dal Sig. Baker Brown alla Legatura semplice, si è la lunghezza del tempo, che impiega il filo a staccarsi dal peduncolo, che varia dai nove giorni nella sua pratica, ad un mese in quella di altri; contro l'uso del *Clamp*, il dolore cagionato dalla stiratura del peduncolo, e dalla compressione dell'istrumento stesso; finalmente, contro il terzo modo di regolarsi, appone i risultati infelici che ne seguirono nelle sue mani (*). Egli anzi *a priori* si era pronunziato favorevolmente per la Legatura, tagliandone i capi accosto al nodo, ed alludendo alla felicità della pratica dei Rogers, Bellinger, Siebold, Smith, e Fergusson, ebbe a dire: — *Se l'esperienza confermerà questi felici risultati, allora questo modo di procedere sopravviverà alla legatura, sia di seta, che di canapa, ed al Clamp* (**).

È naturale pertanto, che non avendo avuto praticamente a lodarsi di quest'ultimo, si desse alla ricerca di un altro metodo di assicurarsi del peduncolo, che gli permettesse egualmente di non lasciar corpi estranei nel tramite della ferita dell'addome, e di chiudere esattamente l'incisione stessa. Questo nuovo metodo gli veniva fornito dall'esperienza. — Usando infatti del Cauterizzatore delle aderenze (*Adhesion Clam*) del Sig. Clay, per cauterizzare aderenze all'omento, od in altro luogo, immaginò di applicarlo alla divisione e cauterizzazione del peduncolo stesso. — Ecco come ne è data communicazione nel reso-conto della Seduta della *Società Ostetrica di Londra, del 1 Febbrajo* 1865 (***): — » Avendo il Sig. Brown ripetutamente » usato il Cauterio attuale, mediante gli istrumenti del Clay, per cauterizzare e distruggere aderenze dell'omento, o d'altro luogo, egli venne gradatamente alla conclusione, che il cauterio attuale poteva essere impiegato » ad attaccare il peduncolo stesso. Pertanto nel Decembre 1864, lo esperimentò in un'inferma del Dott. Burchell di Kingsland-road, donna di 47 » anni, che ebbe tre figli, l'ultimo ventun'anni fa. La malattia era per » prima scoperta dal Dott. Burchell nel precedente Agosto, e così rapidamente crebbe, da portare il Dott. Barnes, ed il Dott. Tanner a raccomandare l'estirpazione poco tempo prima che la vedesse il Sig. Brown. » Come l'addome era molto dilatato e sottile, e la salute generale rapidamente alterata, egli eseguì l'oparazione colla lunga incisione al modo » del Clay. V'erano molte aderenze ai lati, e posteriormente, ed il sangue » che ne fluiva fu arrestato col cauterio attuale; e finalmente il peduncolo

(*) *Sopra un Nuovo Metodo di assicurare il Peduncolo nell'Ovariotomia* -- *The Lancet*, 4 *Marzo* 1865.

(**) *Letture Cliniche sopra alcune Malattie delle Donne sanabili mediante l'Operazione*, *per I. Baker Brown* -- *The Lancet*, 13 *Febbrajo*, 1864.

(***) *The Lancet*, 4 *Marzo* 1865, *luogo citato*.

» essendo assicurato da un *Clamp*, mentre una voluminosa massa multilo-
» culare di cisti veniva rimossa, era interamente diviso col cauterio attua-
» le, e lasciato rientrare nella cavità dell'addome. La ferita quindi riunita
» nel solito modo, si cicatrizzò in una settimana, mentre l'operata in quin-
» dici giorni era convalescente. È opinione del Sig. Brown, che ove il
» vantaggio di questo modo di regolarsi venga confermato da ulteriori casi,
» esso evidentemente diminuirebbe i pericoli dell'operazione, e quindi assi-
» curerebbe un maggior numero di guarigioni.

» Il Dott. Routh afferma, che i precedenti e felici esperimenti del Sig.
» Brown nel rimuovere l'omento con il ferro riscaldato a rosso, offrireb-
» be la migliore risposta al Dott. Tyler Smith, intorno ai probabili muta-
» menti del peritoneo, ove il peduncolo sia rimosso in egual maniera.

» Il Sig. Brown, in risposta a diversi interpellanti, disse che all'obbie-
» zione avvanzata dal Dott. Tyler Smith, che cioè una piaga è dannosa al
» peritoneo, si potrebbe contrapporre, che egli negli ultimi quattro anni
» ha ripetutamente usato il cauterio attuale nel bruciare aderenze, ed ar-
» restare emorragie, e che in nessuno di questi casi seguì la morte. Non
» si occupò dell'*Écraseur*, perchè ritenne, che non v'era tempo sufficiente
» nell'ovariotomia per usarlo con sicurezza, e ritiene che per questo mo-
» tivo giammai verrà usato nel praticare questa operazione. In risposta al-
» l'obbiezione, che il cauterio *a bianco* potrebbe essere dannoso, il Sig.
» Brown disse, che egli non va tanto in là da usare il cauterio *a bianco*,
» ma che si arresta prima che lo diventi. All'obbiezione del Dott. Parsons,
» che sarebbevi a temere di emorragia dopo l'uso del cauterio, ove insorga
» del vomito, il Sig. Brown soggiunse, che mentre è ben conosciuto, che
» molti operati morirono d'emorragia trattati colla legatura, giudicando
» dalla sua passata esperienza, e dai risultati dei Veterinaj nella castrazione
» delle scrofe, ritiene, che non v'è alcuna probabilità di emorragia, ove
» il cauterio venga applicato con fermezza e completamente. »

Il grado di calore del *Cauterizzatore* impiegato, deve avere un'importanza decisa nel suo uso: già si vede, che alcuni opponenti ne fecero soggetto delle loro obbiezioni. Il grado preferito dal Sig. Baker Brown sembra essere quello, che precede l'incandescenza. Il Sig. Clay si servì di una lampada a spirito per riscaldare l'istrumento, ed assicura che nelle sue mani giammai mancò allo scopo suo, di dividere cioè le aderenze, e di arrestare efficacemente l'emorragia. Sembra che dietro esperimenti ulteriori sia condotto a stabilire, che il ferro cauterizzatore debba essere riscaldato a circa 800 Fahr. Per ottenere questa elevata temperatura suggerirebbe di immergere l'istrumento in un bagno metallico, composto di parti eguali di piombo e zinco. (*)

Attenderemo dall'esperienza ripetuta di conoscere il merito esatto di questo *nuovo modo di operare* in caso di aderenze della Cisti Ovarica, e per assicurare il suo peduncolo, com'anche il *grado* ed il *mezzo* di riscaldamento del ferro cauterizzatore.

(26) *Estirpaziane dell'Utero colle Ovaje e le Trombe, per fibroma del viscere.* — Heat, di Manchester, fu il primo a praticare questa operazione,

(*) *Ovariotomia: Cauterizzatore delle aderenze di Clay di Birmingham*, (*Adhesion Clam*) *The Lancet*, 6 *Maggio*, 1865.

nel 1843, ma con esito infausto; con esito egualmente infausto, fu eseguita per due volte da Clay, pure di Manchester, (una di queste nel 1844); ed una terza volta con successo dal medesimo, il 2 Gennajo 1863. Colla guarigione dell'operata fu anche praticata da Kimball di Lowel, nel 1854, e finalmente da Koeberlè di Strasburgo, il 2 Aprile dello stesso anno.

(27) *Chi deve eseguire l'Ovariotomia?* — Prima s'è disputato, se l'Ovariotomia era un'operazione legittimata nella pratica, e quindi giustificata nella sua esecuzione: le esperienze, le statistiche risolsero la questione affermativamente. Il Baker Brown infatti (*The Lancet* 1864) dice: — *Ripetuti successi, migliori di tutti i criterj, non hanno lasciato dubbio riguardo alla giustezza dell'Operazione dell'Ovariotomia; ed il suo riconoscimento, come metodo legittimato di chirurgico intervento, è passato in giudicato, per la frequenza, con cui si ricorre alla sua esecuzione, tanto negli Ospitali della Metropoli, che in quelli delle Provincie.* — L'Humphry con appropriata ed eloquente figura, emette lo stesso parere, quando scrive: — *L'Ovariotomia avendo sfuggito al blocco, trovasi sicuramente ancorata nel porto della Chirurgia legittimata.* — Ora però sorge un'altra questione, ma tutta speculativa, e cioè, se l'esecuzione dell'Ovariotomia è di spettanza dei Chirurghi ed anche dei Medici, e di quelli fra questi specialmente, che si occupano delle Malattie delle Donne. Si sollevò per questo una forte polemica fra il Dott. E. J. Wright, ed il Dott. E. Savage. Sosteneva il primo, che sebbene l'operazione dell'Ovariotomia sia stata fino ad ora eseguita tanto dai Chirurghi, che dai Medici, pure per le sue difficoltà e pericoli d'esecuzione, dipendendo da questi molte volte la vita e la morte dell'operata, appartiene piuttosto ai primi, come più destri nelle necessarie manualità. Il Dott. Savage al contrario sostiene un'opposta opinione, e dice: — » Mi sembra un grande errore di confondere nel soggetto » dell'Ovariotomia le idee di difficoltà e di pericolo. Benchè vera abba- » stanza l'asserzione, che l'Ovariotomia è altrettanto pericolosa, che qual- » siasi altra principale operazione, pure nel medesimo tempo è fuori di » paragone meno difficile di qualsiasi di esse. Una pagina dell'opera del » Kiwisch (di piccolo sesto) sul Morbo Ovarico, contiene tutte le regole, » che ho sempre vedute mettere in pratica nelle operazioni ovariche, ed » io nell'Ospitale Sammaritano, ne vidi oltre a cento ..... Il Baker Brown » lo esprime in tanti modi, che l'operazione ovarica è fra le più semplici in » Chirurgia, che riesce ad inchiudere in meno di una colonna della *Lan-* » *cetta* (Febbrajo 1864) ogni regola e precauzioni necessarie nell'ese- » guirla. »

Infatti in un Trattenimento Clinico sulle Malattie delle Donne rimediabili coll'operazione, inserito nella *Lancetta*, dice: — *Non v' è difficoltà nell'eseguirla* (l'Ovariotomia): *richiede solo, mente fredda, mano ferma, ed attitudine nell'addattare i mezzi al fine.*

» Gli sbagli fatali, continua il Savage, quelli che rendono l'operatore » colpevole della morte della paziente, sono: — lasciare de' vasi importanti » non legati; lacerare qualcuno de' visceri addominali inavvertentemente, » o nella fretta di separare aderenze; unire così male l'esterna ferita, da » aprirsi e dare escita agli intestini; trattare un utero gravido come se » fosse una cisti ovarica; lasciare sangue, o fluidi sfuggiti dalla cisti, ed » anche istrumenti, spugne ecc. nella cavità dell'addome, com'è facile ad

» avvenire, quando s'ha troppa fretta nell'operare ecc. .....
» I pericoli inerenti all'operazione in appresso. Una incisione p. e. della lun-
» ghezza di sette pollici, che per questa estensione lascia aperta la cavità
» addominale, e dà luogo ad inevitabile violento disturbo di parti non
» use al contatto dell'aria, porta con sè la propria proporzione di mor-
» talità, affatto indipendente dall'operatore. »

Conclude il Savage col dire, che tanto i Chirurghi, quanto i Medici, purchè abbiano la facoltà dell'esercizio della Chirurgia, possono cimentarsi all'esecuzione dell'Ovariotomia.

Quanti non sono acciecati da spirito egoista di monopolio nell'esercizio dell'arte chirurgica debbono associarsi alla conclusione del Savage.

(28) *Compressione ed obbliterazione della base, o peduncolo, dei Tumori Ovarici*, come metodo di cura dei tumori stessi. — Proposta del Dott. B. G. Richardson, Medico Anziano nell'Infermeria Reale per le Malattie di Petto (*British Medical Journal*, 4 *Marzo* 1865). — Per adempiere al compito mio, che è quello di portare a cognizione de' Colleghi quanto è stato scritto sulla patologia e terapeutica speciale dei tumori cisto-ovarici, fino alla data della presente pubblicazione, mi determinai far soggetto di una Nota la proposta del Richardson, sebbene io dubiti forte, che non abbia a rimanere allo stato di progetto attesa la sua inammissibilità, tanto se si riguardi dal lato teorico, che da quello della pratica esecuzione.

La Proposta del Richardson per la cura della Cisti Ovarica, consiste nell'operare in modo, da ottenere l'obbliterazione completa del suo collo, o peduncolo, e quindi l'avvizzimento, ed *assorbimento* della cisti stessa. E perciò ottenere, consiglia di applicare la *Compressione*, o l'*Agopressione*, alla base, collo, o peduncolo del tumore ovarico, in guisa da troncare ogni vascolare connessione, che avesse col corpo; evacuare mediante il trequarti il fluido contenutovi, ed abbandonare la cisti così isolata al suo naturale corrugamento, ed assorbimento progressivo.

I varj tempi dell'operazione sarebbero così indicati: —

1. Cloroformizzata la paziente, dovrebbe essere punta la cisti con un trequarti: questo dovrebbe essere costruito in guisa, che senza ritirarlo, potesse l'operatore arrestare la corrente del fluido.

2. Quando fosse diminuita la tensione della cisti per l'escita del fluido, si dovrebbe fare una piccola incisione alla base del tumore (*regione iliaca corrispondente*), e dissecati i tessuti (*fascia trasversalis*, *e peritoneo*) fino a scoprire il tumore. Probabilmente potrebbe bastare un' incisione come quella, che si pratica per legare l'arteria iliaca comune.

3. Scoperto il tumore, l'operatore dovrebbe isolarne il collo (*peduncolo*) più in basso che sia possibile mediante il dito, e quindi con un grosso ago da aneurismi passerebbe due forti legature attorno al collo stesso, un pollice distanti l'una dall'altra. Ciò fatto, terminerebbe di vuotare il tumore del fluido contenutovi, e stringerebbe le legature.

4. Tagliati i capi delle legature accosto al nodo, le abbandonerebbe nella cavità addominale, e riunirebbe la ferita dell'addome, a cui applicherebbe una forte compressione.

Mentre il Richardson fa questione di principio della compressione del collo della cisti, non rifiuta qualsiasi processo, che differisse dal suesposto, ma che assistesse il chirurgo ad ottenerla; anzi egli stesso ne suggerisce alcun

altro. Così suppone non difficile di soddisfare anche all' indicazione fondamentale, col passar dietro al tumore con un lungo ago da agopuntura, insinuato per un' assai piccola incisione, e di stringere il suo collo, stirato fin contro le pareti addominali, con un filo condotto ad 8 in cifra sulle estremità dell'ago stesso mantenute fuori; oppure col passare un lungo ago curvo a punta smussa, munito d'un filo, per un' incisione *sottocutanea*, nella cavità dell'addome, contornare la base del tumore, e ritirato l'ago, stringere il peduncolo mediante un nodo scorsojo colla forza necessaria per produrne l'obbliterazione; oppure finalmente, collo stringere il collo della cisti con una particolare pinzetta (*Clamp*), fatta a mo' delle cucchiaje d'un litotritore, serrata da una vite addattata a modo, da intercettare ogni vascolare communicazione.

Fin quì l'Autore. — Ora io domando: — l'effetto costante della compressione del peduncolo, o collo, o base del tumore, sarebbe sempre il raggrinzamento, l' atrofia, l' *assorbimento* della cisti, o non piuttosto ne potrebbe seguire la cancrena, la morte del pezzo così isolato dal restante del corpo? e questo disastroso avvenimento non sarebbe tanto più facile a verificarsi trattandosi di cisti multiloculare? — Non faccio questione delle conseguenze di questa morbosa successione, giacchè ritengo non siavi a dubitare di un esito costantemente letale in ogni caso. Dopo ciò, sarà sempre facile, e scevra da pericoli, l'esecuzione del primo processo operatorio, quello delle due legature attraverso ad una sufficientemente ampia e regolare incisione? sarà sempre possibile di rintracciare, e girare alla cieca attorno ad un collo, o peduncolo, d'una cisti ovarica, con ago da agopuntura, o con un ago smusso munito d'un filo insinuato per un' incisione sottocutanea? e l'applicazione d'una particolare pinzetta attorno il collo di un tumore ovarico, non sarà per lo meno di un' attuazione assai problematica? È per queste considerazioni, che a capo del presente sunto ho avvanzato il dubbio, che il metodo proposto dal Richardson non sia per entrare giammai nel dominio della pratica chirurgica.

(29) *Valore delle Statistiche in Ovariotomia.* — Il Dott. Enrico Savage, Decano dell'Ospitale Sammaritano, che assistè ad oltre 100 estirpazioni di tumori ovarici, dice sul valore delle Statistiche in Ovariotomia. — » La po-
» sizione dell'ovariotomia fra le operazioni chirurgiche è manifestamente ba-
» sata sulle Statistiche. In nessun'altra parte della Chirurgia le Statistiche
» sono state con tanta preferenza reclamate: nonostante anche ora sono
» desse non soddisfacenti all'uopo, e quindi incapaci di condurre a delle
» conclusioni esatte ..... L' uso de' scrittori sistematici sembra essere di
» accogliere la semplice enumerazione fornita da ciascun operatore, in luo-
» go di esigere un dettagliato rapporto per aumentare i numeri, dividerli
» dietro i risultati totali, ed addottare il nuovo risultato come un ragguaglio. In fatti, che è di grazia il dire: — i Casi di morte di A. sono 2 in
» 10, di B. 3 in 10, di C. 4 in 10, di D. 5 in 10? Il Sig. Brown è il
» solo operatore, che ci assiste per rispondere a questa questione. Tosto
» che egli cominciò a scegliere i suoi casi, la sua proporzione di mortalità
» diminuì più del 35 per cento: ma nello stesso tempo, a ridurre la sua
» proporzione di mortalità, ebbe a rigettare 28 casi per cento, come peri-
» colosi per l'operazione. » (*The Lancet*, 27 *Agosto* 1864.)

(30) *Successo in Ovariotomia, e valore delle sue Statistiche.* —

» All'Editore della Lancetta

» Signore

» ..... Avendo io dal principio delle mie ricerche sulla cura del-
» l'idrope ovarico (1844) onestamente pubblicati tutti i miei casi, sia fe-
» lici che disgraziati, sento di avere il diritto in nome delle Mediche Scien-
» ze di lamentarmi di molti Chirurghi, che non hanno pubblicati i loro
» casi infelici, o se lo hanno fatto, ne hanno ommessi tutti i dettagli, ed
» io sinceramente convengo col Dott. Savage, che la maggior parte delle
» Statistiche dell'Ovariotomia non sono soddisfacenti all'uopo, o sono in-
» concludenti. Per assisterlo nei suoi lodevoli sforzi, dichiaro, che nella
» *Casa Chirurgica di Londra* ho eseguite 41 Ovariotomie complete, 15
» delle quali morirono, e 26 guarirono. Delle 15 morte, alcune erano *in*
» *extremis* al momento dell'operazione, e la prognosi ne era stata sfavore-
» vole: nonostante, come nulla rimaneva per salvare, o prolungare la vita
» delle inferme, si ricorse all'operazione. Ma per addentrarmi in tutti i casi
» ammessi nella *Casa Chirurgica di Londra* durante i primi sei anni (niu-
» no essendo stato rifiutato) posso stabilire, che 64 casi furono ammessi:
» di questi 30 guarirono, 7 furono migliorati, 18 morirono, 7 erano ri-
» mandati senza alcuna cura, ed all'epoca della pubblicazione del nostro
» ultimo rapporto 2 erano sotto cura Delle 30 guarite, 24 lo furono col-
» la Ovariotomia, e 6 colla puntura e compressione; delle 18 che moriro-
» no, 14 corsero la loro sorte dopo l'Ovariotomia, e 4 senza alcun trat-
» tamento, o dopo la sola puntura. Delle sette donne rimandate come in-
» curabili, alcune erano affette, o da carcinoma, o da qualche organico
» malore, da rendere ingiustificabile qualsiasi operazione. Si vedrà così fin
» dove spinsi la scelta dei casi miei.

» In conclusione io devo osservare, che ogni Ovariotomista dovrebbe
» attenersi alle stesse regole, che diriggono il Chirurgo nell'eseguire qual-
» siasi altra grande operazione; ed io ripeto, che le difficoltà dell'Ovariото-
» mia non consistono nell'operazione, che per lo più è semplice, ma nelle
» difficoltà della Diagnosi per riguardo alle condizioni del morbo, che non
» si possono positivamente stabilire prima di fare un'incisione d'esplorazio-
» ne. Posso aggiungere, che ho presentemente eseguita l'Ovariotomia com-
» pleta in 68 casi, dei quali 28 morti, e 40 guariti. Osserveranno i Col-
» leghi, che negli ultimi anni la mia proporzione di morti è stata circa di
» 1 a 3: ma sono sicuro, che se noi potessimo coscienziosamente rifiutare
» il 50 per Cento de' casi ammessi nella *Casa Chirurgica di Londra*, que-
» sta proporzione di morti non eccederebbe l'1 in 5, e direi quasi l'1
» in 10. »

» Sono, Signore, veramente vostro

» I. Baker Brown F. R. C. S.

(*The Lancet* 27 *Agosto* 1864)

(31) *Cenno Statistico recente delle operazioni di Ovariotomia, praticate dal Sig. I. Baker Brown.* — Sarà di molto interesse pratico il conoscere un Cenno Statistico delle operazioni di Ovariotomia, eseguite dal Sig. I Baker Brown fino al 2 Giugno del corrente anno (1865): Statistica, che mi viene gentilmente communicata dallo stesso Illustre Operatore, col mezzo del suo Sig. Figlio I.: e che io perciò faccio soggetto della presente ed ultima nota: —

a. *Ovariotomie Complete*, 73 casi, de' quali 41 guarirono e 32 morirono.

b. *Ovariotomie incomplete*, ove per aderenze, od altre complicazioni, l'operazione non potè essere finita, 3 casi. Tutti essendo molto gravi, furono seguiti dalla morte.

c. *Ovariotomie parziali* (N. II. e V. dell'Appendice della sua opera) 2 casi. — Ambidue ristabilironsi, e senza la riproduzione della malattia.

d. *Incisioni d'esplorazione*, quale ajuto diagnostico, 5 casi — con 3 guarigioni, e 2 morti. Nei casi di guarigione il tumore rimase passivo dopo l'intervento operativo ..... Sono pertanto 83 casi, fra complete e tentate Ovariotomie, delle quali 46 guarirono, e 37 morirono .....

L'OVARIOTOMIA IN ITALIA

FINO AL GIUGNO 1865

OSSIA

STORIA DI DUE OVARIOTOMIE

praticate, la 1ª per Cisti Ovarica Uniloculare
dall'Autore della presente Memoria,
la 2ª per Cisti Ovarica Multiloculare
dal Prof. Giovanni Bezzi di Modena,

preceduta da

NOTIZIE ISTORICHE

sopra questa Operazione — pel Dott. Domenico Peruzzi.

L'OVARIOTOMIA IN ITALIA

FINO AL GIUGNO 1865

NOTIZIE ISTORICHE

Prima di esporre la narrazione d'un Ovariotomia da me praticata e di altra eseguita dal Prof. Bezzi, Clinico di Modena, trovo opportuno di farle precedere da alcune *Notizie Istoriche*, raccolte su questa operazione in Italia. E perchè il giudizio de' nostri Scrittori venga esposto e risguardato nel suo vero aspetto, e nel suo giusto valore, citerò i passi medesimi delle loro opere, che si riferiscono all'Ovariotomia, facendoli seguire da quelle teorico-pratiche deduzioni, che crederò doversene logicamente inferire, e sarò ben soddisfatto, se riuscirò con questo a rettificare rilevanti inesattezze, nelle quali incorsero gli Scrittori Stranieri, e che vengono via via ripetendosi, forse col copiarsi vicendevolmente. Non ommetterò anche di evocare dall'oblio un fatto importante di estirpazione di un'Ovaja Scirrosa, il quale, se non ha intimo e patologico rapporto coll'Ovariotomia, che oggidì si pratica per l'Idrope Ovarico, non manca certo di grande importanza, riferibilmente alla gastrotomia per la rimozione di quest'organo comunque alterato, e per la guarigione onde fu seguito.

Il primo Scrittore che in Italia abbia nelle sue opere fatto cenno dell'Ovariotomia per Idrope Ovarico, è e mio avviso, il Dott. Giovanni Targioni Tozzetti, di Firenze, il quale nel 1752, scriveva sulle Cisti delle Ovaje (*): — » Pur troppo è vero, per di-
» sgrazia del bel sesso, che l'*Idropisia* (e si aggiunga qualunque
» altra malattia) *degli Ovarj* è incurabile. Un solo caso abbiamo
» di ovarj estratti felicemente in una donna giovane da uno non
» chirurgo ..... Se ne avessimo molti dei sicuri e indubitati,
» ne potremmo dedurre l'utilità e sicurezza dell'estrazione chirur-
» gica degli ovarj morbosi, ma per ora non ci va contato molto,
» e non ci va pensato. Solamente resterebbe da esaminare, se

(*) Prima raccolta di Osservazioni Mediche, del Dott. Giovanni Targioni Tozzetti. Firenze 1752, p. 78.

» quando uno si potesse assicurare dell'esistenza del *Tumore Fol-*
» *licolato* (*Cistico*) pieno d'acqua in un ovario, il quale avesse
» le membrane del follicolo sottili, e col crescere fosse arrivato a
» toccare il peritoneo per la parte anteriore del basso ventre, cioè
» in luogo, dove non vi fosse pericolo di ferire l'omento, gli in-
» testini, od altro viscere, e che la donna nel restante del corpo
» fosse vegeta e sana, resterebbe dico da esaminare, se in tal
» caso si dovesse proporre la paracentesi .....

» Quando poi si arrivano a conoscere, e che sono già innol-
» trati e confermati, sono inutili tutti gli sforzi per superarli, e
» vana è qualunque cura, che se ne proponga.

» Quando finalmente i Tumori (follicolati) siano ridotti a gran
» vastità, e si rendano gravosi alle inferme, devono custodirsi
» con una scrupolosissima cura palliativa, diretta a ritardare le
» funeste conseguenze, ed a mantenere la circolazione dei liquidi
» più equabile, che sia possibile .....

Per poco che si ponga mente al senso della citazione del Tozzetti, sarà facile inferirne, che egli, lungi dal proporre l'estirpazione delle ovaje morbose in genere, diceva anzi, che *per allora non ci andava contato molto*, *e non ci andava pensato*; e lasciava all'evidenza del fatto l'incoraggiamento a ricorrervi con fiducia; che per le Cisti dell'Ovaja di qualche volume, avrebbe sotto date circostanze inclinato a proporre la *paracentesi*; e che finalmente consigliava una *cura palliativa* nelle Cisti di maggiore volume. Questa, mi sembra, è l'unica interpretazione, che si può dare alle espressioni del Tozzetti, ben differente da quella che leggiamo nelle opere de' moderni scrittori stranieri.

Pochi anni dopo, e cioè nel 1761, il Morgagni (*) fece, pel primo, la distinzione di due differenti specie d'Idropi delle Ovaje, e cioè *a molte cellule* (multiloculare), *e ad una sola cavità* (uniloculare). Chiamava *Idropi saccate* le raccolte di fluido rinchiuse in un sacco, contenuto nella cavità del ventre, e riconosceva appartenervi l'*Idrope cistico del peritoneo*, l'*Idrope della tromba faloppiana*, e l'*Idrope dell'Ovaja*, le quali specie riteneva difficilmente distinguibili l'una dall'altra. Discorrendo quindi della cura dell'idrope saccato, e perciò anche dell'idrope d'ovaja, scriveva:
— » Affinchè dunque il *sacco* non avesse ad essere dilatato da un
» nuovo umore, dopo l'evacuazione dell'antico (dopo la paracen-
» tesi), bisognerebbe poterlo distruggere, od estirpare affatto,
» come si suol fare con i follicoli esterni. Ma chi è colui, che

(*) Sulle Sedi e Cause delle Malattie, anatomicamente investigate da G. B. Morgagni. Prima Versione Italiana di Pietro Maggesi. Milano 1825.

» proporrebbe, o sopporterebbe la prima operazione (la distru-
» zione), quando si tratta di un gran sacco nascosto in mezzo
» ai visceri? In quanto alla seconda (all'estirpazione), so bene
» che fu proposta ..... tuttavia ignoro, se qualcheduno l'ab-
» bia eseguita entro lo spazio di trenta e più anni, da che fu rac-
» comandata. Tu però comprenderai senza difficoltà, quali rifles-
» sioni avranno potuto impedirla, e per passar sotto silenzio la
» maggior parte di queste, forse incomincieresti ad ammetterla,
» *se il sacco fosse sempre sostenuto da una radice*, intorno alla
» quale si potesse facilmente mettere un laccio, come nell'osser-
» vazione di Mouchart, ed in quella di Schroecke. Ma qual ne
» sarà la conseguenza, se la radice è moltiplicata, e se essendo
» una, è larghissima, o non è, come si legge in questi Autori,
» molto stretta, o della grossezza d'un pollice? »

Si rileva da questa citazione, che il Morgagni, mentre manifestò dei serj timori sul rapporto dell'estirpazione delle Cisti Ovariche, nei casi di *radice moltiplicata*, ossia di più peduncoli, ma meglio di un peduncolo congiunto ad altre aderenze, od in quelli di peduncolo più o meno grosso, non si mostrava poi tanto alieno dall'ammettere l'estirpazione del tumore ovarico nei casi, ove fosse desso sostenuto da un peduncolo sottile, o libero da aderenze, in guisa da poter essere facilmente circondato e stretto da un laccio.

Non trovo quindi esatta l'asserzione dei diversi Autori, che toccando della Storia dell'Ovariotomia, concordemente affermarono, avere il Margagni in modo assoluto respinta e condannata questa operazione.

Il Monteggia (nel 1814) avversava in massima l'esecuzione dell'Ovariotomia, a motivo dell'*ampiezza del taglio*, *necessario per arrivare all'ovaja, e per estrarla*: però faceva intravvedere, che non sarebbe stato alieno dall'ammettere la pratica giustificabilità dell'estirpazione dell'ovaja, non arrivata ad eccessivo volume, verificandosi una data circostanza, e cioè che l'operazione non venisse altrimenti accettata dall'inferma a periodo innoltrato, per essere allora molto facile d'incontrare delle aderenze e delle complicazioni. Egli dice infatti: — » E certamente, se si consideri,
» che il tumore dell'ovaja non arrivato ad eccessivo volume, per
» grosso che sia, è ciondolante nel ventre, e non è attaccato
» quasi che per un filo, cioè per la tuba (?), che si potrebbe al
» caso legare, sembra eseguibile l'estirpazione, ma ciò nondimeno
» ostano a questo progetto, l'ampiezza del taglio per arrivare al-
» l'ovaja e per estrarla, l'inverisimiglianza, che alcuna si voglia
» lasciar fare questa operazione, se non a malattia avvanzata, e

» la facilità allora di trovare aderenze e complicazioni. Conchiu-
» diamo pertanto, che malgrado gli sforzi di tutti, è l'arte ridotta
» tutt'ora a non servirsi, che della palliativa, della *paracentesi.* »

E dacchè l'*ampiezza del taglio* era pel Monteggia una condizione inseparabile ed aggravante dell'estirpazione di una cisti ovarica, era consentaneo al genio artistico di quel celebre Chirurgo di cercare un espediente particolare, che mentre permettesse di afferrare ed estirpare una cisti dell'ovaja, evitasse una lunga incisione.

È dal fatto osservato, che in qualche caso di ascite cistica in genere essendo accaduto, che porzione, o tutta la cisti sortisse, sottile e vuota (da lui giudicata per grande idatide) per la cannula, o pel foro, dedusse che si potrebbe ciò procurare nel trattamento della cisti ovarica, mediante un istromento già conosciuto, e destinato ad altro uso — questo sarebbe il *Tiracalcoli uretrale* a due o tre branche — Ecco come si esprime su questo proposito: — » ..... Evacuata l'acqua (colla paracentesi) mandar den-
« tro per la cannula il fusto d'acciajo a due o tre branche dello
» strumento, che adoperasi per cavar i calcoli dall'uretra, riti-
» rare la cannula del trequarti e portate dette branche contro qual-
» che parte della cisti, farvi scorrere sopra la cannula propria,
» che serve a chiuderle, e presa così porzione del sacco vuo-
» to, trarla verso il foro, anzi fuori del medesimo, dilatando-
» lo se abbisognasse con qualche incisione. Nei tumori delle o-
» vaje il peduncolo, cioè la tuba (?) suole trovarsi stirata ed al-
» lungata, da poter permettere il portar fuori il sacco dell'ovaja
» vuoto, che si estirperebbe previa legatura, lasciando poi andare
» il filo nel ventre, che con altro capo pendente fuori si estrar-
» rebbe, quando si sentisse staccato. Le ovaje troppo grosse e
» scirrose, o aderenti, non potrebbero in questo modo venir e-
» stirpate. » (*)

Come ognuno facilmente può concepire, mentre la pratica applicabilità del Tiracalcoli potrebbe essere, nella grande generalità de' casi contestabile, non lascia per questo di essere ingegnosamente rilevato il nuovo uso, pel quale veniva dal Monteggia proposto.

Bisogna giungere al 1832, per leggere formalmente e calorosamente consigliata l'Ovariotomia da un nostro italiano il Dott. Carlo Sacchi di Milano (**), il quale, dopo avere esposti alcuni casi d'Ovariotomia di pertinenza degli stranieri, conclude col dire: —
» Noi desideriamo vivamente, che i coltivatori della Chirurgia vo-

(*) Istituzioni Chirurgiche di G. B. Monteggia. Milano 1841.
(**) Sull'Idrope delle Ovaje, e sulla loro estirpazione. Annali Universali di Medicina, di Milano. Anno 1832, Vol. 63, p. 257.

» gliano d'ora innanzi occuparsi anche di questa importantissima
» parte di scienza (dell'Ovariotomia), se non altro allo scopo
» di determinare il preciso valore d'un operazione così ardita .....
» I fatti ci sforzano ad ammettere, che malgrado i suoi pericoli,
» l'estirpazione delle ovaje sarà sempre preferibile alla puntura,
» o ad altre cure, le quali rare volte praticabili, pochissima spe-
» ranza ci danno di guarigione. »

Tanto per le opinioni. — Circa ai fatti, poco v'è da raccogliere. Un fatto solo, a quanto io sappia, può citarsi, il quale abbia rapporto alla pratica dell'Ovariotomia, ed è quello di un'*Estirpazione d'Ovaja scirrosa*, eseguita dal Dott. Gaetano Emiliani in Faenza nel 1815 colla guarigione dell' operata. Sebbene la patologica alterazione, (un indurimento scirroso) che indusse l' Emiliani alla demolizione dell'ovaja affetta, non sia stata di quella specie che più particolarmente è considerata dai pratici moderni per indicante l' Ovariotomia, voglio alludere alla Cisti Ovarica, pur nonostante, e per l'epoca in che venne praticata, e per la singolarità del caso, e per l'affinità sua alla gastrotomia eseguita per la rimozione di una cisti ovarica, e pel felice esito sortito, rimane sempre un caso di grande interesse pratico, e tale che merita di essere qui ricordato. È nel Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna (Serie III, Vol. 4, p. 332) che si legge la narrazione del caso, e che io qui per intero riporto =

Storia dell' estirpazione di un'Ovaja, eseguita dal Prof. Gaetano Emiliani, redatta dal Dott. Emilio Emiliani di Faenza. (*)

» Lo studio ed il progresso dell'anatomia, e della fisiologia han-
» no ormai resa così potente la Chirurgia, che ora imprendesi si-
» curamente ad operare su parti, alle quali pria appiccandosi il
» morbo, o dava pronta morte, o faceva trar vita della morte
» peggiore. E tuttodì scorgiamo, non pure nelle opere de' Sommi,
» ma e quà e colà sparse nei giornali, istorie di operazioni me-
» ravigliose, le quali e raffermano gli arditi nel proposito di ri-
» peterle, e confortano quelli, che una cotal maniera di codardia
» offende. Che siffatto modo di adoperare torni a prò della scienza
» e dell'umanità, io mi avviso, sì che ho fermato di venire una
» per una sponendo alcune operazioni non al certo comuni, ese-
» guite dall'ottimo padre mio, testè tolto ai vivi, che mi vien fat-
» to trovare fra le sue schede: ciò che egli occupato dal gravissimo
» esercizio dell'arte sua, mai non ebbe agio di fare. Il quale di-
» visamento compiendo, soddisfo ad un tempo al desiderio che ho
» vivissimo di far onore alla memoria del padre mio.

(*) Letta nella Seduta delli 10 Novembre 1843 della Società Medico-Chirurgica di Bologna.

» E innanzi a tutte parmi valere, che sia ricordata, e darà ma-
» teria al presente ragionamento, la storia dell'*estirpazione di una*
» *Ovaja scirrosa.*

» Rosalia Ghetti di Faenza, fornaja, di anni 26, di linfatico
» temperamento, all'età, che si suole, mestruata, non mai da ma-
» lattie anco lievi affetta, se ne togli le infantili esantematiche,
» aveva dati alla luce tre figliuoli, uno dei quali solo vivea in-
» fante, nè ancora svezzato dalla poppa. Pressata dal bisogno di
» pannilini di bucato per la sua bambina, nè trovandosene avere,
» per sè, il che far non solea per costume, imprese a lavarli,
» adoperando a ciò eseguire un'asse, che da terra poggiava sul
» suo basso ventre, nè da ciò conseguitolle niun patimento all' i-
» stante, nè poscia in tutta la giornata. Solo la notte susseguente
» fu svegliata da viva sensazione dolorosa alla regione iliaca sini-
» stra, che continuando ne' giorni appresso, ebbe a sè il suo me-
» dico Dott. Girolamo Brunetti, il quale esplorata la parte addo-
» lorata, si addiede di un tumore quasi isolato nella cavità senza
» alcun mutamento all' esterno, assai doloroso al toccamento: al
» quale fenomeno sembrandogli si associasse una cotale iperstenica
» intemperie, pose in opra le sanguigne deplezioni, e i comuni
» antiflogistici, senza trarne alcun prò. D' appresso continuando
» esso tumore, e d'altra parte parendosi integre le funzioni tutte
» della vita, sì organica, che di relazione, ricorrevasi alla cicuta,
» ai mercuriali, ad altri rimedi di simile azione, e alla docciatura
» di acqua tepida, senza nessun allentamento del male, finchè (e-
» rano già scorsi quattro mesi, da che quel tumore apparve)
» per certi peculiari segni l' inferma si disse gravida, e tutta la
» cura si limitò a frizioni coll'olio comune. Due mesi appresso,
» con insigne perdita di sangue, depose essa una assai voluminosa
» mola; e dopo altri venticinque giorni continuando lo scolo san-
» guigno dall'utero interrottamente, e in non molta copia, senza-
» chè ragione alcuna potesse accagionarne, le entrò la febbre. Il
» suo medico tenne mestieri venisse chiamato un chirurgo, e si
» volle mio padre.

» Presentavasi a lui l' inferma, col seguente apparato fenome-
» nico: febbre continua, che rimetteva ogni dì a sera con ribrez-
» zo; freddura agli arti inferiori, e massime ai piedi; sete gagliarda,
» secchezza di bocca, lingua impaniata, ansia, insonnio, anores-
» sia, stitichezza, orine scarse, colorate, senza sedimento: nutri-
» zione bastantemente lodevole. Sentivasi il tumore alla detta re-
» gione duro, circoscritto, di figura sferoidea; era indolente al
» tatto, ma punto tratto tratto da trafitture spasmodiche; esterna-
» mente non osservavasi cangiamento alcuno. Il complesso di que-

» sti sintomi, forse anzi per eliminazione, che per diretto raziocinio, accennava un'affezione all'ovaja, di condizione scirrosa, e al carcinoma avviantesi, ed essendosi scorto vano ogni altro argomento, si tenea rimedio estremo, ma unico, l'estirpazione.

» Correva l'Anno 1815, nè era ancor surto il Ch. Sacchi colla sua Memoria sull' *Idrope delle Ovaje*, e sulla loro estirpazione; non confortava a tanto l'ardimento degli Americani, e de' Tedeschi; nè i Signori Jeaffreson, e West gridavano a' chirurghi dall' Inghilterra, che ormai si facesser coscienza di lasciare perire tante infelici, a cui si può ridonare vita e salute. Avea detto un Morand, che tale operazione non parve chimera a Platero, e a Diemerbroeckio; Heyschio affermava, i popoli della Libia, per peculiari ragioni porla in atto; e il Trankenau ne avea vista una fatta ad azzardo per ferita al ventre, tornare a felice riuscimento! Frattanto movea al riso chi narrava del Norcino, che estirpò le ovaje alla figliuola non troppo amica della pudicizia; e in quell'anno istesso il romano Leonardi proclamava altamente, che tale operazione era riconosciuta *impraticabile*. Ma quell'anima sagacissima, addottrinata alle migliori scuole de' suoi tempi, piena di ardimento, dal sapere rafforzato, tenea mente alle connessioni di questa parte, agli usi suoi, e a suoi rapporti con la vita in genere, e peculiarmente cogli organi della generazione, alle non del tutto infelici condizioni della malata, e al non aversi in altra parte traccia di simile alterazione, onde potea sperarsi che natura ed arte fosser valenti ad ajutarla dalle conseguenze, ed avvisava la possibilità della operazione, la necessità ne affermava. L'approvava l'esimio Medico curante, la chiedea la stessa inferma ogni dì più spossata dal male, da che rinforzava la febbre; rendeansi più acute e più frequenti le trafiggiture; il ventre di stitico si era fatto rilasciatissimo a tale, che nella giornata si aveano moltissime dejezioni di materie fluide fetentissime; le orine più abbondanti, più colorate, sedimentose. Laonde mio padre si accingeva ad operare.

» Erano presenti l'eccellentissimo Sig. Dott. Brunetti, il flebotomo Sig. Antonio Bucci assistente, e alcuni parenti della malata: mio padre apriva i comuni tegumenti lungo la linea alba per due pollici e mezzo circa, divideva i sottoposti muscoli, tagliava assai riguardosamente il peritoneo, e si parea l'ovaja sinistra, che tale la faceano riconoscere la sua postura, la forma, le connessioni, tuttochè aggrandita fuor di modo oltre l'usato, scirrosa, nella sua parte superiore sparsa di vescichette, da cui incise colava fetido icore, ed aderente con tutta la porzione inferiore dell' intestino colon: all' intorno osservaronsi al-

» cuni vasi varicosi. Venia prontamente separata dalle usate con-
» nessioni, e dalla insolita aderenza, ed allacciavansi mano mano
» che venian tagliate le arteriose diramazioni.

» Il sangue perduto si calcolava meno di mezza libbra: si uni-
» vano i lembi della ferita per una sutura: vi si soprapponea una
» faldella di fila unguentate, ed altre secche a guisa di compressa:
» poi alcune pezze ed una fasciatura alquanto stretta.

» Il giorno appresso la febbre s' ingagliardiva: la sete era ine-
» stinguibile: l'anoressia rendea per poco odiosa ogni fatta di cibo,
» laonde non era mestieri l' impero del Medico, perchè venisse
» serbata una rigida dieta. Prescriveasi un salasso, che si ripetea
» il susseguente giorno, una soluzione di tartaro emetico, e la
» limonea vegetabile per comune bevanda.

» Nel terzo giorno si scopriva la ferita per la prima volta alla
» presenza di alcuni medici e chirurghi: dessa era in gran parte
» cicatrizzata; solo in alcuni punti suppurava, ma di una medio-
» cre, e lodevole suppurazione. Nell' undecimo non più febbre,
» non più alcun fenomeno morboso, nè guari andava, che questa
» donna esciva dal letto guarita, e direi per poco rinnovellata.

» Ricompariva la mestruazione, che poco stante per sovraggiun-
» ta pregnanza cessava, e un anno, o in quel torno, appresso
» l'operazione la Ghetti dava alla luce ad un parto un maschio,
» ed una femmina, che viveano poche ore; poi a tempo un altra
» femmina, poscia un maschio, che morivano nelle fasce. In ap-
» presso partoriva un maschio, che adolescente è morto per scro-
» fola, e due femmine ancor piene di vita, e di salute, e madri
» anch'esse. Vive per anco l'operata, benedicendo la mano del
» fortunato chirurgo, e piangendone ora la morte, e vivono l'e-
» gregio medico Dott. Brunetti, il flebotomo Bucci, e i congiunti
» dell' inferma, che furono spettatori dell'operazione.

» L'ovaja dopo ventotto anni serbata nell'alcool offre una figura
» piriforme, e misurata è nella sua lunghezza di nove centimetri, di
» cinque nella sua larghezza maggiore: invano vi cercaresti la pro-
» pria tessitura, che per lo scirro è interamente degenerata. Questo
» pezzo patologico dal mio piccolo Gabinetto viene ora depositato
» in quello di questa illustre Società Medico-Chirurgica di Bologna.

» Or vogliano i chirurghi all'uopo far ritratto dell'ardire di mio
» padre, e strappare alla morte vittime, di cui l'ora non sarebbe
» ancora suonata. E poichè in simili casi le inferme sono spaccia-
» te, non si lascino sconfortare da alcuni egregi, ma meno ardi-
» ti, che affermano aversi a temere, quando l'ovaja abbia rag-
» giunto un troppo grande volume, e siasi appresa per nuove a-
» derenze alle parti vicine: tale era il caso, che udiste. »

Fin qui l' Emiliani.

Non ostante però l'ardire e l'esito fortunato raccolto da questo Chirurgo Italiano, gli splendidi risultati ottenuti dagli Americani, e dagl' Inglesi nella pratica dell' Ovariotomia, e gli eccitamenti del Sacchi, a tutto il decorso 1864, non si era peranche conosciuto alcun caso di rimozione dell'ovaja, che per *Idrope Oovarico* fosse stata praticata in Italia. Non saprei invero a qual circostanza ascrivere un tale vuoto appo noi, chè di eletti ingegni, di pratici esperimentatissimi, e di operatori ardimentosi, non fa difetto in Italia, più che non lo sia altrove: sarà stato mancanza di casi idonei? Sarà stato felicità di cura con altri mezzi ottenuta? Difficile, e ad un tempo delicata questione ..... Ad altri, più in grado di me, il tentare di risolverla.

Intanto in sui primi del corrente anno, a me si offeriva l'opportunità di praticare per primo l'Ovariotomia: il caso in vero era dei meno incoraggianti: ma alcune circostanze speciali m' inducevano a non trascurarlo; e sebbene il risultato non abbia corrisposto alle mie languide aspettative, pure rimaneva io pago del mio operato, e per la coscienza di aver corrisposto ad un dovere di umanità, e per la persuasione di aver dato impulso ai Colleghi per cimentarsi a lor volta in così ardua, e spesso benefica operazione.

Alcuni mesi più tardi il Prof. Bezzi di Modena vi ricorreva: e di un esito felice con tutta probabilità sarebbe stata coronata la sua operazione, se la successione malaugurata di morbo letale non avesse complicato il decorso della cura.

Eccone senz'altro le relative istorie =

PRIMA STORIA D' OVARIOTOMIA

Cisti Ovarica uniloculare destra — Aderenze insormontabili — Estirpazione incompleta — Esito infausto — Praticata dall' Autore della presente Memoria, addì 6 *Gennajo* 1865 =

Ripari Francesca, d'anni 38, di temperamento tendente al linfatico, ma di robusto costituto, non andò soggetta a malattie di rimarco. Partorì quattro figli, che tranne l'ultimo, vivono tutt'ora, e godono buona salute. Nel Gennajo del 1862, ebbe l'ultimo suo figlio. Sedici mesi dopo il parto, e durando tuttavia nell' allattamento, fu colta da febbri periodiche, che la malmenarono per undici mesi consecutivi, nei quali, non ostante il cattivo stato di sua salute, continuò a porgere il seno al suo figlietto. Determinavasi però a divezzarlo nell'Aprile del decorso anno, ritenendosi di nuovo incinta, e ciò solo dal vedere, che le cresceva il volume del ventre, mentre dalla mancanza della mestruazione non poteva

ritrarre alcun dato, non essendo questa riapparsa dall'epoca dell'ultimo suo parto. Attendeva nell'Agosto di avvertire i moti del feto, com'erale avvenuto nelle precedenti gravidanze, ma inutilmente. Intanto a gradi a gradi le aumentava il volume del ventre, ed al palpamento presentava un tumore, quale avrebbe offerto un utero gravido a periodo inoltrato. Nell'Ottobre successivo, cominciò ad essere presa da dolori all'addome, e più specialmente in corrispondenza del tumore suaccennato, che fecersi in progresso talmente gagliardi, da non lasciarle tregua nè giorno nè notte, e da obbligarla in fine a guardare il letto. Resistendo inoltre a quei blandi compensi, che le vennero consigliati da persona dell'arte, fidente nel suo detto, che si avesse a trattare con donna nel suo nono mese di gravidanza, determinavasi dessa, al 1.° del corrente anno (1865), di farmi chiamare.

Portatomi presso lei, fu mia prima cura accertarmi dell'esistenza della gravidanza. Osservato pertanto e palpeggiato il ventre, rilevai un voluminosissimo tumore, il quale come riempiva il bacino, e perciò anche le fosse iliache, si elevava nel centro dell'addome, fino a tre dita trasverse circa sopra l'ombelico: il suo diametro maggiore era trasversale, ed alquanto obbliquo da destra a sinistra, dal basso all'alto, e misurava Cent. 36 circa; il diametro poi verticale Cent. 24. Al palpamento appariva leggermente ineguale, ed a sinistra sentivasi una durezza marcata, di figura circolare, a superficie convessa, del diametro di Cent. 4 circa. Alla percussione il tumore dava ovunque un suono ottuso, mentre posteriormente, cominciando dalle spine anteriori superiori degl'ilei, e superiormente, si percepiva il suono timpanico intestinale e stomacale. A destra dell'ombelico sentivasi un tumoretto appianato, e superficialmente fluttuante. Alla percussione, anche nel grande tumore percepivasi distinta la fluttuazione. Coll'ascoltazione non si sentiva, nè il soffio placentare, nè il battito cardiaco fetale. All'esplorazione vaginale, rinvenni la bocca dell'utero spostata a sinistra ed anteriormente, corto il suo collo, con le sue labbra dure ed increspate, e l'apertura loro trasversale; nella ripiegatura vaginale destra e posteriore, esisteva lo sferoide d'un voluminoso tumore, piuttosto molle, alquanto elastico, e premuto contr'esso, avevasi la sensazione, come se dentro fossevi contenuta qualche minuta parte di feto. All'esplorazione rettale poi rilevavasi, che lo sferoide del tumore suaccennato si continuava posteriormente, ed esercitatevi contro delle pressioni, sentivasi una durezza, come quella che darebbe il margine d'un mento di feto. — Non ostante alcune circostanze ingannatrici, ebbi a questa prima visita dati sufficienti per escludere una gravidanza uterina, e per far la dia-

gnosi generica di *Tumore addominale fluido*, con forti dubbj, che si fosse potuto trattare di Cisti Ovarica.

Accolta all' Ospitale, invitai i miei Colleghi Dott. Ferranti e Dott. Natali, a visitar meco di nuovo l' inferma, onde cercare assieme di giungere ad una diagnosi circostanziata. — Nulla può dire l' inferma di preciso sugli anamnestici della sua presente infermità, ed in ispecie sulla sede precisa, ove apparve in prima il tumore, se cioè fu ad una, od all'altra delle fosse iliache, oppure in altro luogo. È oltremodo dimagrita, e cibasi scarsamente mancandole l'appetito. È tormentata da dolori fortissimi, insopportabili, alla metà inferiore dell'addome, in corrispondenza del tumore; le sofferenze dolorose si esacerbano durante la notte, e da molti giorni le impediscono il sonno; nella sera evvi un leggiero concitamento nel polso, ed aumento nella calorificazione; è impedita la defecazione, ove non sia provocata da clisteri, o da purgativi; stentata l'emissione delle orine. Furono inoltre dai sullodati miei Colleghi constatate le particolarità notate alla bocca dell'utero, nella sua direzione e nella sua conformazione; l' esistenza dello sferoide d'un tumore elastico alla ripiegatura vaginale destra e posteriore, e nel cavo rettale; la sensazione di minute parti apparentemente fetali contenutevi, così anche quella di una durezza circoscritta al lato sinistro del tumore; la fluttuazione distinta e superficiale in tutto il grande tumore; la mancanza di soffio placentare, e di battito doppio fetale. A questi segni diagnostici due nuovi aggiungevansi, ed erano il colorito naturale dell' osculo vaginale, e la mancanza di qualsiasi cambiamento nelle mammelle, che essa manifestamente rimarcò nelle gravidanze precedenti. Dopo tutto questo si avevano dati più che sufficienti per escludere una gravidanza uterina, e quel solo segno, che avrebbe potuto essere causa di qualche dubbio, e cioè la presenza di quelle durezze, che riscontravansi all'esplorazione vaginale e rettale, e che davano la sensazione come di parti minute di feto, perdeva ogni valore, dacchè colla pressione sul tumore, non sentivansi altre parti solide, che si fosse potuto supporre essere in correlazione con quelle, che si sentivano all'esplorazione, e che sarebbero state fornite dal maggior volume di un corpo fetale. — Confermavasi quindi la diagnosi di *tumore fluido*, costituito con tutta probabilità da *Cisti Ovarica uniloculare destra*, non valutando il piccolo tumoretto fluttuante, che si sentiva al lato destro dell' ombelico, e che a tutte le apparenze presentavasi per un cistico, da essa dipendente — *destra*, per lo spostamento del collo dell'utero a sinistra, e per i segni forniti dall'esplorazione vaginale. — Escludevasi, che questo tumore fluttuante potesse essere intrauterino, dacchè il collo dell'u-

tero era spinto e deviato a sinistra, senza che si avesse indizio, che l'asse del tumore addominale facente parte con esso, inclinasse a destra, e perchè la fluttuazione era troppo superficiale e manifesta. Nonostante, per togliere ogni dubbio, e per accertarmi dell'esatta posizione del corpo dell'utero, pensai ricorrere all'espediente del Simpson, e cioè all'introduzione d'una sonda nella sua cavità: ma per quanto mi ci adoperassi, variando il mezzo esploratore, ed il manuale d'introduzione, non mi fu possibile riuscirvi. All'esame necroscopico dell'utero, me ne diedi la spiegazione, come si vedrà a suo luogo. — Nello stesso tempo volli assicurarmi della posizione della vescica orinaria, e quindi introdussi nell'uretra una sciringa, e vidi che teneva una direzione dall'alto al basso, e da sinistra a destra, e cioè tutt'affatto opposta alla normale; dovetti quindi inferirne, che questo viscere era spinto in basso ed a destra dal tumore, mentre il collo dell'utero lo era a sinistra, e la parete anteriore del retto posteriormente. — Escludevasi un tumore idropico formatosi nel sacco d'una gravidanza ovarica (specie d'idramnio ovarico) primieramente, per l'assenza di segni razionali e sensibili d'una gravidanza in genere, ed in secondo luogo per lo stesso segno negativo, pel quale escludevasi una gravidanza uterina, e cioè per la mancanza delle parti maggiori di un corpo fetale, in correlazione con quelle apparentemente più minute sentite all'esplorazione vaginale e rettale: valutando di più, che è assai raro, e forse impossibile, che una gravidanza ovarica giunga a così straordinario volume, ed avvanzato periodo. — Mancava di dar spiegazione di quelle durezze, che si sentivano all'esplorazione vaginale, ed alla rettale, ed anche al palpamento del sinistro lato del tumore. Io riteneva poter esse venir costituite, o da più piccole cisti a pareti grosse, ed enormemente distese, che esistessero aderenti al tumore, o da ingrossamento parziale delle pareti della grande cisti. Il fatto mostrò, che in parte male non m'era apposto.

Nel giorno appresso favorivami visitare l'inferma l'egregio mio Amico, Dott. G. Leopardi, Ajuto alla Clinica Medica di Firenze, ed egli, oltre alle circostanze e segni sovraenunciati, rilevava — facendo volgere l'inferma prima sull'uno, poi sull'altro fianco — la costanza del suono ottuso in corrispondenza delle fosse iliache, e la poca, anzi quasi niuna mobilità del tumore; inoltre colla percussione, trovava ingrossata la milza, ed il suono ottuso da essa dato, continuo colla porzione sinistra e superiore del tumore: sicchè opinava molto esservi a dubitare, che il tumore avesse contratte aderenze, e colle parti molli che tapezzano la pelvi, e colla milza. Egli pure diagnosticò di un tumore addominale fluido estrau-

terino, e rimase in forse fra la Cisti Ovarica, e l'Idrope del Peritoneo, circoscritto da aderenze: ma meglio propendeva per la prima supposizione, perchè è rarissimo, e forse impossibile, che un idrope del peritoneo, circoscritto da aderenze, possa giungere a quel enorme volume, ed in secondo luogo, perchè quando ha luogo questa specie d'idrope circoscritto, suol essere secondario ad una peritonite preesistita alla sua manifestazione, mentre invece in questo caso gl' indizj di lenta peritonite sono stati successivi allo sviluppo del tumore; oltre di che, non rilevavasi alcun rapporto fra l' esistenza di quei corpi duri, e l' idrope circoscritto stesso. I dolori strazianti, ai quali era in preda l' inferma, convenne meco dipendere in massima parte, non già idiopaticamente dal tumore, o dalle relazioni che potesse avere con i visceri circostanti, ma specialmente da peritonite lenta, con sospetto fondato che qualche cosa di eterologo vi si unisse.

Finalmente i miei Onorevoli amici, il Prof. Malagodi — esempio raro di sapienza e di cortesia — ed il bravo Dott. Casati, favorivanmi di loro presenza ad un definitivo esame dell' inferma, per convalidare la diagnosi, ed assistermi all' operazione, ove si fosse creduta indicata e giustificabile. Essi pure, dopo maturo esame, confermarono la mia diagnosi di Cisti ovarica uniloculare destra. Però onde portare questo giudizio alla maggiore evidenza desiderabile, non rimaneva altro espediente, che la *puntura d'esplorazione* del tumore, che ci avrebbe permesso di conoscere la natura del fluido contenutovi, come quello, che aggiunto agli altri segni, poteva concorrere per farcela raggiungere.

Praticai questa puntura mediante un trequarti ordinario da paracentesi, che infissi tre dita trasverse circa al disotto dell'ombelico nella linea alba. Il fluido che ne escì, fu di un color caffè, inodoro, torbido, filante ed appiccaticcio, in cui l'albumina ed elementi del sangue non dovevano fare difetto, e proprio del contenuto delle cisti ovariche, — ed allora, allora solo, la diagnosi non fu più dubbia.

L'esecuzione immediata dell'Ovariotomia fu da me proposta, e dai presenti concordemente accettata, — Ma era poi giustificabile il ricorrervi? pensammo, che sì. — Eravamo infatti in presenza di una donna, che deperita grandemente nel fisico, straziata da sofferenze tormentosissime, s'avvanzava a gran passi all'ultima sua ora: donna che insistentemente supplicavami, per un'operazione qualsiasi, onde pur tentare un mezzo, per farle campare la vita. — Non era pertanto il caso di contentarsi di mezzi palliativi (puntura semplice), o di mezzi, che a portare il loro buon effetto, richiedevano tempo più o meno lungo, o che non erano

sempre scevri di pericolo (puntura coadiuvata dalla compressione, o dall' injezione jodata, l' incisione semplice della cisti, o la formazione d'un ovidutto artificiale): era il caso di agire efficacemente, per tentar pure di strappare una disgraziata da una sicura e non lontana morte: era il caso d' immitare i grandi pratici, che qualche volta cedettero all' imperiosità del caso più che alla razionalità delle circostanze.

Il Sig. Baker Brown, contuttochè restringa teoricamente le indicazioni all'operazione, tuttavolta fu egli pure tratto a praticare delle Ovariotomie in condizioni le più gravi, e confessa di aver nonostante *ottenute guarigioni in casi, che sembravano non offrire alcuna speranza* (Vedi la Nota 23 alla mia Traduzione della sua Opera sull' Idrope Ovarico). Il Sig. Spencer Wells poi s' è pronunziato esplicitamente sull' eventualità di casi gravissimi, come appunto era quello, innanzi a cui ci trovavamo: opinione, che ritrae a pennello in una sua sentenza: — » Se una donna, » egli dice infatti, » la quale non abbia più che alcune settimane, od » alcuni mesi da vivere in mezzo a sofferenze atroci, reclami il » soccorso del Chirurgo, ove il caso non fosse assolutamente di- » sperato, non vi fosse che una probabilità di successo sopra die- » ci, non dovrebbe egli esitare a compromettere la sua riputazione » col tentare un'operazione, che può offrire alla paziente questa » sola probabilità di successo. »

Decisa l'Ovariotomia, lasciai in posto la cannula del trequarti, per evitare l'effusione nel cavo peritoneale del liquido contenuto nel tumore, e solo ebbi cura di turarla, per impedire il completo vuotamento della cisti.

Assistito pertanto dai sullodati, Prof.r Malagodi, Dott.ri Casati, Ferranti e Natali, e presenti il Ch. Prof. Cav. G. Brugnoli, i Dott.ri Barone Mazzolani, Monari e Sapigni, addì 6 Gennajo p. p. passai all'operazione nel seguente modo =

La paziente, mediante il Cloroforme, fu posta in uno stato completo di anestesia, e vi fu mantenuta per mezz'ora circa, in cui durò l'operazione.

Il punto d' infissione del trequarti, fu il punto di partenza d'una incisione diretta verso il pube, della lunghezza di Cent. 14 circa, che comprese la cute, gli strati membranosi ed aponeurotici sottostanti, finchè giunsi a mettere allo scoperto una membrana assai resistente e spessa, che impose dapprima per la parete della cisti, ma che attentamente esaminata, si riconobbe non essere, che il peritoneo parietale morbosamente ingrossato. Il criterio di mobilità di questa membrana sui tessuti sottoposti, mancava in questo caso per una circostanza, che si conoscerà più avanti. In-

cisa pertanto anche questa membrana — peritoneo — ebbero escita dalla praticata ferita poche goccie di sierosità torbida, e leggermente rossiccia, come si osserva all'apertura d'un sacco erniario, la quale era evidentemente il prodotto di effusione del peritoneo infiammato. In allora al di sotto si presentò una nuova membrana, parimenti assai resistente, che non si potè dubitare, non essere porzione di pareti della cisti ovarica, la quale per mezzo di un dito insinuato nella ferita, riscontrai adesa alla corrispondente superficie del peritoneo: circostanza questa, che fu la causa della non mobilità del peritoneo sulla cisti. — Immediatamente allora, colla mia destra mano insinuata a piatto fra la cisti stessa, e la superficie interna della parete addominale, mi diedi sollecitamente a separare le adesioni, che trovai fragili ed aspre, costituite da effusione plastica per processo lento infiammatorio delle due superficie, e tanto dovetti penetrare a tal uopo, segnatamente nella parte sinistra della cavità addominale, che venni a toccare il margine anteriore-inferiore della milza, dalla quale ebbi a separare il tumore, cui mollemente aderiva. Queste adesioni, estese ed uniformi, si limitavano alla superficie del tumore cistico, che era a contatto del peritoneo, che tapezza le pareti del ventre. Dopo ciò non vi fu ostacolo a trar fuori dalla cavità addominale il voluminoso tumore, al che fare con maggiore facilità, fu d'uopo vuotarlo di tutto il liquido, che tutt'ora in esso era contenuto, e che in complesso ammontò al peso di Kil. 7. Estratta gran parte di cisti, al suo destro lato si vide aderente e stirata la destra tromba faloppiana, manifestamente ipertrofica, che fu circondata da un cordoncino di refe, e tagliata sopra alla legatora. Essendomi accinto dopo ciò a snucleare la cisti ne' suoi attacchi profondi, che sentivansi tutt'attorno della parte destra del piccolo bacino, potei accorgermi, che non erano fittizie aderenze, ma risultato di naturali connessioni del peritoneo cistico col peritoneo della località, per uno sdoppiamento avvenuto del legamento largo corrispondente, e che quindi pericoloso sarebbe stato il distruggere; circostanza questa che feci verificare dai Prof. Brugnoli, Malagodi e Casati, e quindi non trovai miglior partito che di *peduncolizzare* la porzione restante delle pareti della cisti; ed a ciò ottenere fu dessa raccolta e disposta in maniera, da essere allacciata in due parti con un cordoncino di refe, passatovi doppio, mediante un ago infisso nel suo mezzo; separai poscia la porzione di cisti al di qua delle legature coll'*écraseur*, ed ebbi quest'avvertenza per mettermi sempre più al sicuro di un'emorragia, ove un laccio avesse per caso abbandonata la presa: accidente, che si verificò stante la *condensazione* dei tessuti del moncone reciso, operata dall'*écraseur*,

e però grazie alla previdenza usata, si poterono riprendere i lembi resi liberi per la caduta dei lacci, senza perdita qualsiasi di sangue, ed operarne la legatura in dettaglio, e cioè in quattro porzioni separate.

Qui ebbe termine l'operazione propriamente detta, durante la quale la perdita del sangue fu insignificante.

Ebbesi cura successivamente di nettare con pezzetti di spugna il basso fondo della cavità addominale dai pochi grumetti di sangue, e dallo scarso liquido della cisti, che potevansi esservisi raccolti.

Le estremità delle allacciature applicate, si semplificarono col tagliarne un capo, e tutte riunite si addattarono all'angolo inferiore della ferita dell'addome. La ferita stessa, accorciatasi quasi della metà per la cessata distensione, fu riunita con tre punti di sutura clavata, nei quali fu compresa tutta la spessezza delle pareti addominali, eccettuato il peritoneo, coadiuvati da liste di cerotto adesivo applicate nell'intervallo dei punti, e da una addattata fasciatura.

L'operata collocata in letto in una camera separata, mostrossi molto estenuata ed abbattuta. La temperatura generale del suo corpo era al disotto del normale. Fu riscaldata per alcune ore di seguito con applicazioni di panni caldi, e d'un recipiente calorifero dicontro alle inferiori estremità. Nella sera — cinque ore dopo l'operazione — lagnavasi di eccitamento al vomito; erasi riscaldata, tranne che ai piedi; rispondeva con difficoltà, e mostrava tendenza al sopore, le fu ordinata una mistura con goccie 20 di Laudano liquido, da prendersi epicraticamente, e la senapizzazione alle estremità inferiori. — Nella mezza notte, il calore era uniforme nel generale, e poco al disotto del normale; i polsi, a 120, mantenevansi bassi e ristretti come prima; tendenza maggiore al sopore. Alle ore 6 a. m. del giorno susseguente, ebbe del vomito di materie biliose, accusava a tratto a tratto forte dolore alla regione cardiaca più che all'addome, il quale erasi di molto tumefatto; a stento rispondeva interrogata e scossa; ed erasi di nuovo raffreddata alle estremità. In onta ai mezzi i più indicati, non potè essere sollevata da quello stato di abbattimento, ed anzi peggiorando sempre più, nelle ore p. m. — 26 dopo l'operazione — cessava di vivere.

Innanzi di descrivere le risultanze dell'autopsia cadaverica, eseguita 24 ore dopo la morte, farò notare alcune particolarità di grande interesse nella cisti estirpata. — La grande, anzi la massima porzione di cisti ($^3/_4$ dell'intera) separata da una più piccola ed inattaccabile porzione, mostravasi già grandemente ridotta

nel suo volume, stante un notevole corrugamento da essa subìto: misurava nonostante Cent. 22 nel suo diametro maggiore. Esaminata questa porzione di cisti nella sua esterna apparenza, notavasi, che alla porzione di tromba faloppiana, che tutt'ora vi aderiva, e che venne recisa durante l'operazione, era aderente, mercè lasso tessuto cellulare, un cordone legamentoso che l'accompagnava fino al corpo fimbriato, e quindi se ne divideva, per continuarsi in un corpo oblungo, appianato, che chiaramente appalesavasi per un'ovaja (la destra) sulla cui superficie si osservavano alcune piccole vescichette di Graaf ingrossate e distese. Questa ovaja immedesimavasi colle interne membrane della cisti estirpata: dico interne membrane, perchè l'esterna, o peritoneale, l'avevano comune. Quel cordone legamentoso era il legamento suo proprio. Detta ovaja era talmente dessa pure stirata sulla cisti, che giungeva a toccare il tumoretto fluttuante, che nella parte diagnostica si disse, essersi riscontrato al lato destro dell'ombelico. Questo tumoretto fluttuante, vera cisti, si trovò connesso colla media membrana della grande cisti, ed era ripieno d'un liquido sieroso trasparente.

La grande cisti aveva origine dalla *superficie inferiore dell'ovaja*, che in un colle due cisti, era ricoperta, come si disse, dal peritoneo. La sua parete in generale era assai grossa e resistente. Di più al lato sinistro di essa cisti, là ove al palpamento sentivasi una marcata durezza, rilevata all'esame diagnostico, eravi un ispessimento di parete, ma più alla sua superficie esterna, costituita da una sovrapposizione di strati fibrinosi organizzati, disseminati di piccoli depositi di sostanza tubercolare. — Le pareti della cisti manifestamente si mostravano costituite di tre membrane: dell'esterna cioè, o peritoneale; della media di apparenza fibrosa percorsa da molte diramazioni vascolari; e dell'interna sottile, di natura epiteliale. Fra queste due ultime membrane, e specialmente in corrispondenza dell'origine dall'ovaja, si rimarcavano alcune piccole rilevatezze, costituite da depositi della stessa materia tubercolare. Fra la membrana peritoneale e la fibrosa, in prossimità e connessione dell'ovaja, eravi un quarto strato, che a tutte le fisiche apparenze era fornito dallo stroma di quest'organo.

Ora dei risultati necroscopici = Addome leggermente timpanico. Detratti i punti di sutura, si osservò che i margini della praticata ferita erano agglutinati fra loro per essudati plastici, che vennero con facilità separati. — Aperta la cavità addominale, ne uscirono forse non oltre a Grammi 100 d'un liquido siero-sanguinolento, con frammisti alcuni fiocchetti fibrinosi; tutto il peritoneo parietale mostrossi manifestamente ingrossato, segnatamente in corrispondenza della superficie anteriore della cisti, che le stava a contatto.

Esso peritoneo era injettato a chiazze, e vi aderivano qua e là fiocchi e lamine di linfa concretizzata, ciò anche in particolar modo in corrispondenza della cisti. Sotto al peritoneo stesso vedevansi spesse rilevatezze, e piccoli tumoretti, costituiti da raccolte della solita sostanza tubercolare. Tutto il grande omento, injettato ne' suoi vasi maggiori, ed egli pure tempestato de' soliti tumoretti, aderiva strettamente per piccolo tratto della sua falda libera ad un punto della destra e superiore parte del peritoneo parietale.

Portata la nostra attenzione alla porzione di cisti rimasta, si constatò che poteva essere forse una quarta parte della cisti estirpata. Ad un Centimetro circa dal suo margine, ove cadde la sezione operata dall' *écraseur*, osservossi che il peritoneo da essa continuavasi tutt'attorno a rivestire il bacino, ed a coprir l' utero, e l' intestino retto, e fu d'uopo dividerlo tutt'attorno per togliere di posto la porzione di cisti stessa.

L'utero era di tessitura normale, però offerente una particolare *flessione laterale-destra* del suo corpo sul collo sopravaginale, e dipendeva da ciò, che mentre il collo ne era spinto a sinistra dalla porzione di tumore cistico, che approfondavasi nel piccolo bacino, il corpo ne era validamente stirato a destra dalla tromba faloppiana aderente al tumore, e dal legamento proprio della stessa ovaja alterata. Il corpo dell'utero poi trovavasi immediatamente contro la faccia interna della sinfisi del pube; e la vescica orinaria, per la pressione del corpo stesso, e della cisti ovarica, era stata obbligata a ritirarsi a destra, inferiormente, e profondamente nella piccola pelvi, com'ebbi già a verificare col cateterismo esploratore, che praticai nel completare le ricerche diagnostiche. Al lato destro dell'utero vedevansi la porzione di tromba e di legamento proprio dell'ovaja, legati e tagliati durante l' operazione, come si notò. La tromba, e l'ovaja del lato sinistro erano normali. Le due pareti dell' intestino retto, anteriore e posteriore, erano fortemente compresse l' una contro l' altra. La porzione minore di cisti pertanto trovavasi incuneata fra l'utero, l' intestino retto, e la vescica orinaria, ed era aderente alla fascia pelvica.

La parete di detta porzione di cisti appariva manifestamente più sottile dell'asportata, mancante com'era della membrana peritoneale. La membrana fibrosa era assai più ricca di vasi, che segnatamente le erano forniti dalle arterie e vene ovariche. Alla superficie interna vedevansi non poche macchie di colore nerastro, che non erano altro, se non che stravasamenti venosi sotto la sua interna membrana. Aderente alla parete interna, si vedeva uno strato di varia altezza, di una sostanza tomentosa color caffè, ed era un deposito del fluido già contenuto nell' intera cisti. Fra la parete an-

teriore del retto intestino, ed il basso fondo della cisti, ed aderente a quest'ultima intimamente, trovavasi un tumore appianato, di forma ovoide, di consistenza dura, alquanto elastico, della lunghezza nel suo diametro maggiore, o trasversale, di Cent. 4 circa. Inciso, presentossi d'un colore bianco-sporco, d'un' apparenza fibrosa, ed assoggettato al microscopio, risultò di natura fibro-plastica. Altro tumore, di eguale apparenza e natura, trovavasi più innanzi del suaccennato, situato al lato destro del collo sopravaginale dell'utero, di figura ovoide, della lunghezza nel suo diametro maggiore di Cent. 2 $^1/_2$. Il primo dei due descritti tumori, che era situato orizzontalmente, è quello che all'esplorazione rettale, presentando il suo margine posteriore, dava la sensazione d'un corpo resistente, della forma d'un mento fetale, e che sentito dal lato della vagina coll'altro margine, in unione al secondo, dava quella di parti minute di feto.

La milza era grandemente aumentata di volume, ed essa pure nel suo margine anteriore-inferiore presentava delle concrezioni fibrinose. Nessuna innormalità al fegato, ed ai reni. — Esaminata la cavità toraccia, nulla si rinvenne di patologico, nè ai polmoni, nè al cuore.

Descritti così i rapporti della cisti coi varj visceri, viene spontanea la domanda = perchè l'ovaja in questo caso, invece di trovarsi alla parte inferiore del tumore, come si verifica ordinariamente, trovavasi invece al suo lato esterno? — Una risposta ad un tale quesito è suggerita dall'interpretazione dell'evoluzione primitiva della cisti stessa. Bisogna infatti ritenere, che la cisti, avuta la sua origine dalla superficie inferiore dell'ovaja — da quella parte cioè, che rimane più prossima alla duplicatura del peritoneo che la riveste, e che continuando va a formare il legamento largo corrispondente — avesse maggiore tendenza a svilupparsi verso la parte inferiore, che di più le offriva minore resistenza, cioè a dire verso il piccolo bacino, e fra i visceri e parti in esso situati, effettuandosi nello stesso tempo uno sdoppiamento della falda peritoneale stessa, e che solo nel suo ulteriore accrescimento, e quando non trovava più spazio sufficiente al suo sviluppo in detta regione, cominciasse a dilatarsi nel cavo addominale, seco trascinando l'ovaja dalla quale nasceva. Questa dunque dev'essere stata la causa, per cui l'ovaja si trovava al destro lato della cisti; ed è perciò anche, che il tumore era in parte soltanto ricoperto dal peritoneo, e cioè nella porzione sua libera.

Quest'ultima disposizione, che offre un interesse patologico a fatto compiuto, ebbe anche grande importanza nell'atto operativo, dacchè fu causa d'insormontabile ostacolo, perchè tutta intera la

cisti non si potesse, e dico anzi *non si dovesse* snucleare: giacchè per ottener ciò, avrebbesi dovuto incidere il peritoneo tutt'attorno, là ove dalla cisti ripiegavasi per vestire il piccolo bacino, l'utero, il retto intestino; e lascio ad ognuno considerare, con quale pericolo di ferire questi visceri, e vasi importanti; e coll'inconveniente gravissimo, quasi inevitabile, di penetrare nel cellulare del bacino: fu quindi per me legge la peduncolizzazione della cisti.

Ma torno al peritoneo, che dal tumore ripiegavasi per vestire i visceri, e parti circostanti. Questa disposizione formava un ordine di aderenze, che direi volontieri *naturali*: e così le chiamerei per distinguerle dalle altre, che contratte aveva la cisti col peritoneo delle pareti dell'addome, e colla milza, e che dissi già avere completamente distrutte durante l'operazione, le quali chiamerei *avventizie*.

È certo, che per l'esistenza di questi due ordini di aderenze, il caso che mi si presentò, fu uno de' più difficili, che si fosse potuto incontrare in pratica, per ciò che riguarda l'atto operativo; e se è vero, come lo è diffatti, che *la gravezza dell'Ovariotomia dipende in gran parte dall'esistenza, e dalla natura delle aderenze* (*), *per l'emorragia di cui possono essere causa, per la peritonite solita susseguire al maltrattamento del peritoneo durante le manovre necessarie alla loro distruzione*; *com' anche dalle condizioni patologiche locali, e dallo stato generale dell' inferma, e delle forze sue vitali*, il mio caso fu uno de' più temibili per riguardo alla prognosi, e tale da giustificare l'esito infausto, che ne seguì: la morte infatti ebbe luogo, non solo per effetto di lenta preesistente peritonite fattasi acuta, quanto per effetto di quel disordine ed affievolimento nervoso, prodotto dalla scossa dell'operazione (*shock of the operation*) il quale alcune volte sussegue anche ad altre grandi operazioni in soggetti deboli ed esausti.

Questo infine è uno di quei casi, che nulla provano in contrario alla pratica dell'Ovariotomia, perchè fu eseguita nelle condizioni le più sfavorevoli al buon esito dell' operazione: nelle condizioni insomma le più tristi di malata e di malattia.

(*) Nel resoconto della Statistica del Dott. Giovanni Clay viene dimostrato, che la mortalità nell'Ovariotomia è di circa il 31 per cento quando non vi sono aderenze, 40 per cento quando le aderenze sono deboli, 48 per cento quando sono estese, 69 per cento quando richiesero delle legature. (Étude sur les Kystes de l'ovaire, et l' Ovariotomie, par Raphael Herrera Vegas, Paris 1861.)

SECONDA STORIA D'OVARIOTOMIA

Cisti Ovarica multiloculare sinistra — Estirpazione completa — Morte in 38.ª *giornata per Pleurite destra complicata ad eruzione miliare — Eseguita dal Cav. Dott. Giovanni Bezzi, Professore di Clinica Chirurgica a Modena, addì* 18 *Giugno* 1865. (*)

» F. S. di Modena, di 26 anni, nubile, di temperamento san-
» guigno-venoso, di costituzione gracile, benchè nata da parenti
» sani e robusti, ebbe la prima mestruazione a 14 anni, e da al-
» lora sino a 18 mesi fa le regole non mancarono mai, sebbene
» spesso si mostrassero irregolari, tanto per quantità che per durata.
» Le malattie che ebbe a soffrire prima del 1860 furono leggiere
» e tali da non avere alcuna relazione con quella che in seguito
» si sviluppò all'ovaja destra. Verso la fine di detto anno, 1860,
» la S. provò maggiori irregolarità nei periodi mestruali, e nello
» stesso tempo s'accorse avere un tumore alla parte inferiore del
» basso ventre. Disturbata soltanto da dolori lievi e passeggieri,
» che accompagnavano la dismenorrea, non ricorse al medico che
» nell'anno 1863, allarmata dall'aumento notevole, che aveva su-
» bìto il tumore. Il curante allora chiamato fece la diagnosi di tu-
» more cistico all'ovaja destra, e trovata inutile ogni cura me-
» dica, praticò la paracentesi addominale. Per la cannula del tre-
» quarti, piuttosto voluminoso, colarono dieci litri di un liquido
» spesso, giallognolo, albuminoso, filante, e resa per tanto più
» facile l'esplorazione, potè il medico riscontrare un tumore volu-
» minoso, di forma irregolare, bernoccoluto, elastico, mobile alla
» parte superiore, e che s'infossava nel piccolo bacino, ove pa-
» reva avesse radici. Nell'anno susseguente furono da altro medico
» tentati inutilmente diversi mezzi terapeutici, e da lui pure fu e-
» seguita un'altra paracentesi per rimediare agli insopportabili di-
» sturbi prodotti dall'enorme quantità di liquido formatosi di nuo-
» vo nella cisti. Il liquido che ne uscì aveva le stesse qualità del
» primo, e l'ammalata provò per la seconda volta un miglioramen-
» to, che doveva durare per poco tempo. Infatti nel principio del-
» l'anno corrente per i soliti disturbi cagionati dall'aumentato vo-
» lume del tumore la S. ricorse al Prof. Vella, il quale, fatta
» una terza paracentesi per rimediare alle sofferenze del momento,
» esaminata la natura del liquido, ed esplorato il tumore e lo
» stato generale dell'ammalata, confermò la diagnosi e propose
» l'ovariotomia come ultimo ed unico mezzo di salute.

(*) La Storia originale di questa operazione vennemi inviata dal Ch. Prof Bezzi, annuendo gentilmente ad una mia richiesta, ed io qui gli rendo le più sentite azioni di grazie per la cortesia usatami.

» Ricevuta la S. in questa *Clinica Chirurgica* il giorno 25 di
» Maggio, fu da me trovata in buone condizioni per subire la pro-
» posta operazione. Nondimeno non avendo la forma del bassoven-
» tre i caratteri, che si riscontrano per solito in codeste ammala-
» te, ma piuttosto quella dell'ascite, deliberai di non accingermi
» all'operazione prima d'avere per la quarta volta vuotata la cisti,
» onde assicurarmi sempre più della diagnosi. Per la qual cosa nel
» giorno 3 del p. p. Giugno, misurando già il ventre Metri 1, 15
» di circonferenza al livello dell'ombelico, assistito dai Prof.ri Vel-
» la e Giovanardi, praticai la paracentesi addominale con un grosso
» trequarti, dalla cannula del quale uscirono dodici litri circa di
» un liquido denso, giallognolo, filante, albuminoso con molto
» sollievo dell' inferma. Allora credei poter confermare la diagnosi
» già verificata dal Prof. Vella: trattarsi cioè di un enorme tumore
» cistico multiloculare, probabilmente senza aderenze e con pedun-
» colo piuttosto lungo, per non avere mai la S. accusato quei
» dolori, che sempre accompagnano le peritoniti anche parziali,
» e per avere trovato il collo dell'utero sano, e più in alto della
» sua posizione normale. Malgrado le perdite subìte per le quattro
» paracentesi, e sebbene mancasse la mestruazione da un anno e
» mezzo, tutte le altre funzioni si compievano normalmente: l'ap-
» petito era discreto, le digestioni facili, il polso regolare oscillava
» fra le 70 e le 80 pulsazioni al minuto, le orine non scarse, nè
» albuminose, ed il sonno sufficiente e ristoratore. Siccome il ven-
» tre aumentava di giorno in giorno, somministrato un purgante
» il dì 16, ed il 17 due grammi di sottonitrato di bismuto, se-
» guendo la pratica del molto abile e fortunato Koeberlè, fissai
» la mattina del giorno seguente per l'operazione.

» Cloroformizzata l'inferma dal Dott. Berti, mio ajuto *assistente*,
» assistito da molti amici e colleghi e specialmente dai Prof.ri Vel-
» la e Giovanardi, postomi al lato destro, praticai nella linea me-
» diana un' incisione, che cominciando a due centimetri dall' om-
» belico finiva a quattro dal pube, misurando così dieci centime-
» tri di lunghezza. Dopo la pelle ed il tessuto sottocutaneo tagliai
» la linea alba, e messo allo scoperto il peritoneo, e sollevatane
» una piega colle pinzette, vi feci una piccola incisione, dalla quale
» sgorgò in grande quantità un liquido in tutto uguale a quello
» che venne estratto per mezzo delle paracentesi. Credendo d'avere
» aperta la cisti intimamente unita al peritoneo, cercai di distac-
» care quella da questo, ma accortomi di essere entrato nella ca-
» vità peritoneale senza ledere il tumore, completai l' incisione, e
» vidi allora affacciarsi all'apertura una cisti del diametro di Centi-
» metri 20 circa, libera affatto da aderenze. Mantenuta dalle mani

» degli assistenti una pressione uniforme all' intorno dell' incisione,
» punsi la cisti col trequarti di Koeberlè, e ne uscì un liquido
» sieroso somigliante a quello dell' idrocele. Dopo la prima forai
» un'altra cisti colle dovute precauzioni, e dopo potei colla mano
» spinta nel bassoventre esplorare tutto il tumore, che trovai
» composto d' innumerevoli cisti, privo di aderenze, ed unito alla
» parte destra dell'utero mediante un peduncolo della spessezza di
» 25 millimetri, e lungo 6 centimetri circa. L'ovaja sinistra mi
» sembrò atrofica e più dura del normale. Trafilato senza difficoltà
» il tumore attraverso l' apertura, e messo il peduncolo in corri-
» spondenza della parte inferiore dell' incisione, levai con spugne il
» poco liquido che si trovava nella parte più declive della cavità
» peritoneale, allacciai il peduncolo con filo doppio, e lo tagliai
» al disopra della legatura. Riunii gli orli della soluzione di con-
» tinuità con due punti di sutura incavigliata comprendendo il pe-
» ritoneo, e fissai il peduncolo alla parte inferiore trapassandolo,
» unitamente alle pareti addominali, con un grosso spillo in ma-
» niera che vi fosse compreso anche il peritoneo. Compiuta la riu-
» nione con cinque punti di sutura attorcigliata, feci trasportare
» l'ammalata al suo letto. Si mantenne l'anestesia per quasi tutto
» il tempo dell'operazione, che durò una mezz'ora. La parte del
» peduncolo strozzata dalla legatura fu bagnata con una soluzione
» di percloruro di ferro per impedirne la putrefazione e sul ventre
» furono applicate compresse imbevute d'acqua ghiacciata da rinno-
» vare appena si fossero riscaldate. Per calmare il dolore prodotto
» dall'operazione, fu prescritta una soluzione d' idroclorato di mor-
» fina da prendere a cucchiajate (10 centigrammi in 200 gram-
» mi d'acqua). — Dopo qualche ora i dolori si calmarono. La
» sera l'operata soffriva pochissimo, il polso era a 75, le urine
» facili ed abbondanti, ed il calore normale. Si sospese l'uso del
» sale di morfina, si continuò l'applicazione delle compresse, ed
» in questo giorno la S. non prese che una tazza di brodo. La
» notte dal 18 al 19 passò tanto calma da permettere un sonno
» di più ore. Nella mattina del 19 il polso era a 80, il calore
» normale, il ventre nè dolente nè tumefatto, e l'operata non era
» disturbata che da nausee. Nella giornata ebbe qualche vomito
» di materie biliose, che si calmò coll' uso del ghiaccio interna-
» mente: in detto giorno s'alimentò con una tazza di caffè e latte,
» e una minestrina. Il 20 ed il 21 il polso oscillò dalle 75 alle
» 80 battute, il ventre era indolente, la piaga in eccellenti con-
» dizioni, la parte strozzata del peduncolo, trattata sempre col
» percloruro, era asciutta e nel punto corrispondente al laccio si
» presentava già un po' di suppurazione. Si continuarono le appli-

» cazioni fredde, e non si cambiò la dieta del 19. Il 22 ebbe un
» poco di febbre col polso a 98 senza altri sintomi. Il 23 scom-
» parve la febbre, ed il polso tornò ad 80. Il lavoro di cicatriz-
» zazione era già molto avvanzato e si aveva soltanto un po' di
» suppurazione intorno al peduncolo, ormai mummificato. Si levò
» il punto superiore di sutura incavigliata e si sospesero le appli-
» cazioni fredde. La dieta si compose di caffè e latte, minestra e
» mezza porzione di carne arrostita. Il 24, polso da 75 a 80. Il
» ventre era sempre in buone condizioni. Furono tolti lo spillo
» che attraversava il peduncolo, e tre punti di sutura attorcigliata.
» Appetito discreto, dieta come il 23. Il 25 essendosi rallentato il
» filo che strozzava il peduncolo per essere molto avvanzato il la-
» voro d'eliminazione, applicai un altro filo, passandolo sotto il
» primo. Levai gli altri due punti di sutura attorcigliata. Il 26
» tolsi l'altro punto di sutura incavigliata. Il 27 ordinai un cliste-
» re semplice, che provocò due scariche alvine. Il 28 si distaccò
» il peduncolo, lasciando una piccola piaga di bell'aspetto e che
» dava pochissima suppurazione. Tale piaga era già cicatrizzata
» affatto il giorno 30. Fu allora che credetti l'operata condotta a
» completa guarigione.

» Esame del tumore come risulta da nota consegnatami dal Prof.
» d'Anatomia Patologica di questa Università (Eugenio Giovanardi)
» Cisti ovarica autogena-composta-multiloculare-proligera. Intorno
» al corpo dell'ovajo, il quale pure è convertito in una specie di
» borsa, si trovano quattro cisti principali di forma rotondeggiante,
» le due più grandi aperte e vuote, e le altre due intatte e del
» volume d'un arancio, non aventi alcuna communicazione nè im-
» mediata nè mediata l'una coll'altra. Al contorno delle quattro
» cisti principali se ne osservano molte altre più piccole, il nu-
» mero delle quali oltrepassa le 60: tutte sono chiuse completa-
» mente, tutte divise le une dalle altre, tutte piene di liquido.
» Tutte queste cisti sono biancastre e non sono molto vascolariz-
» zate nella loro superficie esterna. La parete di ciascuna è com-
» posta di tre strati: uno esterno formato dalla membrana perito-
» neale, uno medio cellulo-fibroso, e l'altro interno di natura e-
» piteliale. La grossezza della parete è proporzionata al volume
» delle singole cisti. Nelle quattro più voluminose, che si possono
» dire centrali, lo strato esterno ha in parecchi punti subìta l'in-
» crostazione calcarea o la calcificazione: è però da notarsi che il
» deposito della materia calcarea si è fatto nel tessuto connettivo,
» che lega lo strato peritoneale al fibroso. La superficie interna
» delle cisti è più vascolarizzata dell'esterna. Il contenuto è un
» liquido giallognolo, trasparente, scorrevole, non filante, e com-

» posto in gran parte di albumina. Esaminato al microscopio vi
» si riscontrano alcune granulazioni granulo-grassose, e molti fram-
» menti di cellule epiteliali. In qualche cisti il colore del liquido
» è rossastro, ed in altre è rosso scuro. Osservato questo liquido
» al microscopio presenta molti globuli rossi del sangue, ed alcuni
» cristalli d'ematina. Nessuna traccia di tessuto eterologo.

» Nel giorno 3 di Luglio (16° dall'operazione) all'una pom.,
» la F. S. fu assalita quasi improvvisamente da forti dolori al ven-
» tre, accompagnati da febbre con brividi. Pareva che i dolori
» avessero sede nella parete del ventre e specialmente a sinistra in
» vicinanza della cicatrice. Il polso era a 120. Ebbe qualche gio-
» vamento dall'applicazione d'un cataplasma laudanizzato; però
» nella notte continuarono e la febbre ed i dolori, i quali, seb-
» bene meno acuti, non permisero all'ammalata di dormire. Nella
» mattina del 4 il polso era a 120 e le pareti dolenti specialmente
» al punto indicato. Si era riaperta la cicatrice alla parte superiore
» e ne usciva poco pus di buona qualità. L'inferma aveva per-
» duto affatto l'appetito, accusava molta sete, e la lingua era im-
» paniata. Furono applicate 15 sanguisughe sul punto dolente, ed
» un ampio cataplasma ammolliente sul ventre, e somministrati 15
» grammi d'olio di ricino, che produsse due scariche alvine li-
» quide nella stessa giornata. Alla sera il polso era a 115, i do-
» lori diminuiti d'assai, e non si ripeterono i brividi. La mattina
» del 5 dopo d'avere alquanto riposato nella notte, la S. si trovava
» molto meglio, il polso era a 104, i dolori della parete del ven-
» tre quasi scomparsi, ed il pus che colava dalla piaga riaperta
» si mostrava in poca quantità e cremoso. Nella sera nessun cam-
» biamento. Nel giorno 6 il polso torna a 120, l'inferma accusa
» un dolore puntorio al costato destro con tutti i sintomi di pleu-
» rite acuta, cessano i dolori del ventre e la suppurazione, che
» ha sempre i soliti caratteri, è in diminuzione. Il versamento
» nella pleura infiammata è piuttosto abbondante. Il giorno 10 l'a-
» scesso della parete dell'addome è guarito. Nel giorno 12 com-
» parve un'eruzione miliare confluente con qualche sollievo dell'in-
» ferma, ma il versamento alla pleura andava man mano aumen-
» tando, malgrado tutti i più addatti mezzi di cura consigliatimi
» dal distinto mio collega il Prof. Puglia, che chiamai a consulto.
» Nei giorni successivi il polso si fece frequentissimo (130: 140:
» 150:), aumentò la dispnea, e con sintomi di versamento al pe-
» ricardio moriva all'alba del giorno 25: 38° dall'operazione.

» Autopsia fatta 30 ore dopo la morte. Nella cavità del cranio
» nulla s'è trovato di anormale. Nella cavità toracica, si riscontrò
» un enorme versamento di siero limpido e citrino nella pleura de-

» stra, che era tapezzata di false membrane. I polmoni non mo-
» strarono lesioni notevoli, e soltanto il destro era compresso e
» spinto verso il piano mediano ed in alto, ed il sinistro era al-
» quanto congestionato. Nulla di patologico si notò nella pleura
» sinistra. Il pericardio conteneva 200 grammi circa d'una siero-
» sità rossastra. Il cuore, che era flacido, conteneva qualche coa-
» gulo, ed aveva le pareti, gli orifizii e le valvole in istato nor-
» male. Aperto l'addome si osservò che il peritoneo parietale mo-
» strava qua e là qualche punto injettato, ma non vi erano nè fal-
» se membrane, nè aderenze, nè liquido di sorta nella sua cavità.
» Il fegato, la milza, lo stomaco, gl' intestini, i reni e la vescica
» non presentavano alcuna lesione. Il fondo dell'utero era stirato
» in alto, in avanti ed a sinistra, sebbene il peduncolo avesse una
» lunghezza di 5 centimetri almeno. La sola traccia che si trovò
» dell'ascesso della parete dell'addome consisteva in un indurimen-
» to del tessuto cellulare sottocutaneo, corrispondente al punto ove
» s'era formata la raccolta. Il peduncolo si trovava intimamente
» unito alla parte inferiore della cicatrice, che era in ogni punto
» resistente e completa. »

Modena 17 Agosto 1865.

GIOVANNI BEZZI.

Ecco il contingente fornito dalla Chirurgia Italiana sull' importante soggetto dell' Ovariotomia, e sulla sua pratica applicazione. STUDIO e CORAGGIO, per seguire i progressi di questo interessante ramo di Clinica Chirurgica, e per emulare gli sforzi de' Confratelli Stranieri!!!

Riley Dunn & Wilson Ltd
EXPERT CONSERVATORS & BOOKBINDERS